



Kuinka malawilaiset vanhukset voivat? Tutkimusta ”Lesken Ropo” -vanhuskylä Malawiin -kehitysyhteistyöhankkeessa

Niemi, Nina

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Kuinka malawilaiset vanhukset voivat? Tutkimusta
”Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin -kehitysyhteis-
työhankkeessa

Nina Niemi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Tekijä: Nina Niemi

Opinnäytetyön nimi: Kuinka malawilaiset vanhukset voivat? Tutkimusta ”Lesken Ropo” -vanhuskylä Malawiin -kehitysyhteistyöhankkeessa

Vuosi 2015 Sivumäärä 56

”Lesken Ropo”- vanhuskylä Malawiin on suomalaisen kansalaisjärjestön, Out of Africa ry:n, toteuttama kehitysyhteistyöhanke, jota Suomen ulkoministeriö on tukenut vuosina 2013 - 2015. Opinnäytetyössä esitellään itse hanke ja kaksi hankkeeseen liittyvää haastattelututkimusta, jotka toteutettiin Malawissa marraskuusta 2012 tammikuuhun 2013. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata köyhien malawilaisten vanhusten elämää ja heidän kohtaamiaan arjen haasteita sekä tuoda näkyviin Suomen ulkoministeriön tukemaa kehitysyhteistyötä. Tavoitteena on myös löytää kehittämis ehdotuksia ”Lesken Ropo”-hankkeen jatkoa varten.

Tutkimusote on laadullinen. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin osana Mcheren alueen kolmentoista kylän vanhusten rekisteröintiä hankkeen hyödynsaajiksi: jokainen alueen 473 vanhuksesta kuvattiin ja heidän elämäntilannettaan selvitettiin. Toinen, ”Baseline Survey” -nimellä kulkeva haastattelututkimus, tehtiin pohjatutkimukseksi helpottamaan hankkeen vaikuttavuuden arviointia rahoituskauden lopussa v. 2015. Haastattelut suunniteltiin ja toteutettiin monikulttuurisena ja -ammattillisena yhteistyönä paikallisen kumppanijärjestön Kalibu Ministriesin työntekijöiden kanssa.

Aihe on rajattu vastaamaan terveydenhoitotyön painopistealueita terveyden sekä terveen ja turvallisen elinympäristön edistämiseen. Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) Minkälaisia terveysongelmia malawilaisilla vanhuksilla on? ja 2) Minkälaisia ovat malawilaisten vanhusten elinympäristöön liittyvät ongelmat?

Opinnäytetyössä hyödynnetty lähdeaineisto koostuu osittain englanninkielisen kirjallisuuden ja sähköisten lähteiden lisäksi myös ”Lesken Ropo” -vanhuskylä Malawiin -hankkeen ulkoministeriölle tehdystä hankehakemuksesta, henkilökohtaisista päiväkirjoista, valokuvista, hankkeen tiedotusmateriaalista ja Malawin matkoilla saaduista paikallisista luentoaineistoista. Aineisto on koottu vuosina 2012 - 2014.

Tutkimuksessa nousevat selvästi esille Malawin vaikean HIV/ AIDS -epidemian seuraukset. Kokonainen työikäisten sukupolvi on kuollut ja maan vanhukset huolehtivat orvoiksi jääneistä lapsenlapsista. Heidän elämänsä AIDS -orpojen huoltajina on selviämiskamppailua heikon tai olemattoman toimeentulon, huonojen kotilojen ja sairauksien kanssa, puhumattakaan kaikista niistä sosiaalisista ja psykologisista ongelmista, joita tässä opinnäytetyössä ei voitu nostaa esiin. Vaikka ”Lesken Ropo” -vanhuskylä Malawiin -hankkeen kolmivuotiskauden tavoitteet ovat linjassa tässä löydettyjen tulosten kanssa, ovat vanhusten ongelmat niin moninaisia, että hankkeen jatkaminen vanhusten tilanteen parantamiseksi on tarpeen vielä vuoden 2015 jälkeenkin.

Asiasanat: kehitysyhteistyö, Malawi, vanhuus, AIDS -orvot

Name: Nina Niemi

Title of the Thesis: How are the elderly people in Malawi? Case study in “Widows Mite” - elderly village to Malawi development co-operation project.

Year	2015	Pages	56
------	------	-------	----

“Widows Mite” -elderly village to Malawi is a development co-operation project that has funding from Finnish foreign ministry during the years 2013 - 2015. This thesis presents the project with the two studies implemented in the project during November 2012 to January 2013.

The purpose of this thesis was to lighten up the challenges that the Malawian elderly have to face in their everyday life and to bring out an example of the development co-operation project that Finnish Foreign Ministry does through the non-governmental organizations (NGO's). The objective was also to find out proposals for improving the project in the future.

The research approach was qualitative. The first research was the registration of the 13 villages 473 elderly beneficiaries in the Mchere area. We took a picture of each elderly person and interviewed them shortly of their life conditions. The second study was called “Baseline Survey” and it was held as a basic study to make the end-evaluation possible at the end of the projects three-year period, in the year 2015. The interviews were planned and implemented as multicultural and multi professional teamwork with the local partner Kalibu Ministries.

The subject of this thesis is defined to the focus of public health nursing, which is health promotion and a safe healthy environment. The aim is to answer the following questions: 1) What kind of health issues do the Malawian elderly have? 2) What sort of environment-related problems they have?

There is not much literature in the Finnish language of Malawi. This is why in addition to English books and e-sources also the project application to Finnish Foreign Ministry, the project diary, the pictures, the bulletins of the project and the local lecture material were also used as source materials. They were collected in the journeys to Malawi between the years 2011 - 2013.

The results of the vile HIV/AIDS -epidemic, which has rampaged Malawi can be clearly seen in the study. The whole group of the working -age people have died due to HIV/ AIDS-epidemic and the elderly people are now taking care of the grandchildren. Their lives as the parents of the AIDS-orphans are struggle for survival. They suffer from the poverty, illnesses and bad housing conditions in addition to all social and psychological issue that were not possible discuss in this thesis. Although The “Widows Mite” -elderly project is already able to find some solutions for necessities, the problems of the elderly vary so much, that future development of the project is urgently needed particularly after the year 2015, when FFM's funding will end.

Keywords: Development co-operation, Malawi, elderly, AIDS-orphans

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Malawi vanhusen elinympäristönä	8
2.1	Vanhukset Malawissa	8
2.2	Malawi ja valtionhallinto	10
2.3	Kyläyhteisöt ja paikallinen hallinto	11
2.4	Perhe.....	12
2.5	AIDS-orvot	13
3	Vanhusen terveysongelmat	14
3.1	Aliravitsemus	14
3.2	HIV ja AIDS	15
3.3	Malaria	16
3.4	Tuberkuloosi, lepra ja vesiperäiset sairaudet	17
4	Kehityspolitiikka.....	18
4.1	YK:n vuosituhattavoitteet vuoteen 2015	18
4.2	Suomen valtion kehityspoliittiset periaatteet	19
5	Case: “Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin	20
5.1	Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet	20
5.2	Hankkeen tuotokset	21
5.3	Hankkeen hyödynsaajat	22
5.4	Hankkeen riskit ja kestävyys.....	23
5.5	Hankkeen toteutus vuoden 2013 aikana ja tulevaisuuden näkymät	25
6	Tutkimusongelmat	28
7	Tutkimuksen toteutus	28
7.1	Tutkimuksen etiikka	28
7.2	Tutkimusmenetelmät	29
7.3	Rekisteröintihaastattelu	32
7.4	“Baseline Survey” -haastattelu.....	33
7.5	Aineiston analysointi	35
8	Tulokset.....	38
8.1	Tutkimuksen kohdejoukko	38
8.2	Terveyteen liittyvät ongelmat.....	38
8.3	Elinympäristöön liittyvät ongelmat.....	41
9	Pohdinta ja johtopäätökset	44
9.1	Tulosten tarkastelu.....	44
9.2	Luotettavuus.....	46
9.3	Kehittämishaasteet	48
	Lähteet	50
	Kuvat	55

Taulukot	56
Liitteet.....	57

1 Johdanto

Maailmanlaajuisesti vanhusten määrä on kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana räjähdysmäisesti. Vuonna 1950 rekisteröitiin koko maapallolla yli 200 miljoonaa vanhusta. Vuonna 2000 luku oli jo 606 miljoonaa ja iäkkäiden ihmisten määrän odotetaan edelleen kasvavan. On arvioitu, että vuonna 2020 maapallolla elää yli 2 miljardia vanhusta. Yllättävää kyllä, kehittyvissä maissa vanhusten määrä lisääntyy voimakkaimmin. Nykyisen 42 miljoonan vanhuksen sijaan vuonna 2050 heitä on ennustettu olevan Afrikassa yli 212 miljoonaa. (Bloom, Canning & Gunther 2011, 1 - 2.)

HIV/AIDS-pandemian seurauksena kokonainen työikäisten sukupolvi Afrikassa on kuollut ja vanhukset joutuvat huolehtimaan orvoiksi jääneistä lapsenlapsista. Vanhusten elämä AIDS-orpojen huoltajina on selviämiskamppailua heikon tai olemattoman toimeentulon, huonojen kotilojen ja sairauksien kanssa, puhumattakaan kaikista niistä sosiaalisista ja psykologisista ongelmista, joita elinympäristön muutokset yhteiskunnan eri kerroksissa tuovat mukanaan. (Kemppainen 2011, 53, 83.)

Kalibu Ministries on malawilainen järjestö, joka on vuosien ajan paikallisena toimijana kiinnittänyt huomiota maan vanhusten heikkoon asemaan. Järjestö on toiminut läheisessä yhteistyössä maan hallituksen kanssa ja osallistunut Malawin valtion vanhuspoliittisen ohjelman suunnitteluun ja kansalliseen kehittämistyöhön. Kalibu Ministries on myös vierailut paikallisissa kylissä toimittamassa Suomesta ja USA:sta tullutta vaate- ja ruoka-apua vanhuksille ja järjestänyt ylläpitämässään Kalibu Academy -koulussa erityisiä vanhustapahtumia. Oppilaat ovat osallistuneet vanhustapahtumien järjestämiseen ja olleet mukana myös kylävierailuilla. Maan tuleville johtajille on tahdottu opettaa vanhempien kunnioittamista ja huolenpitoa isoäideistä ja -isistä.

Out of Africa ry on Suomessa toimiva yhdistys, jonka tarkoituksena on tukea Afrikassa tehtävää lähetystyötä. Yhdistys syntyi, kun malawilaisen Kalibu Ministries -järjestön johtaja oli vierailut Suomessa ja tulevan Out of Africa ry:n perustajat olivat innostuneet paikallisen järjestön toiminnasta ja Malawissa suunnitteilla olevasta Kalibu Academy -kouluprojektista ja halusivat ryhtyä tukemaan sitä. Out of Africa ry perustettiin v. 2002 ja järjestö "syntyi kumpanuuteen" Kalibu Ministries -järjestön kanssa.

Kalibu Ministeries -järjestössä oli syntynyt ajatus vanhuskylä-hankkeesta ja järjestö pyysi apua Suomesta. Vuosien 2011 - 2012 aikana muutamia suomalaisia vieraili Malawissa selvittämässä hankkeen lähtökohtia ja tunnustelemassa yhteistyömahdollisuuksia paikallisen vammais- ja vanhusministeriön sekä paikallishallinnon kanssa. Selvitysten perusteella Suomessa päätettiin aloittaa hankesuunnitelman laatiminen ja hankerahoituksen anominen Suomen ulkoministeriöltä. Hankehakemus laadittiin kevään 2012 aikana suomalaisten ja malawilaisten

yhteistyönä. Asiantuntija-apua Suomessa saatiin Kehitysyhteistyön palvelukeskuksen (KEPA) koulutuksista ja konsultoimalla useita eri alan asiantuntijoita.

Jo ennen rahoituspäätöstä, marraskuussa 2012, tulevaa hanketta alettiin käynnistellä Malawissa rekisteröimällä mukaan otettavat vanhukset. Rekisteröinnin yhteydessä jokainen vanhus kuvattiin ja haastateltiin. Joulukuussa 2012 Suomen Ulkoministeriöltä saapui myönteinen rahoituspäätös ”Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin -hankkeelle vuosiksi 2013 - 2015. Rahoituspäätöksen seurauksena syntyi tarve selvittää lisää hankkeen eri toimintoihin liittyviä kysymyksiä ja päätettiin toteuttaa pohjatutkimus helpottamaan hankkeen vaikuttavuuden arviointia kolmivuotisen rahoituskauden lopussa. Niinpä tammikuussa 2013 toteutettiin ”Baseline Survey” -niminen tutkimus, jossa kysymyslomaketta hyväksi käyttäen haastateltiin osa hankkeeseen mukaan päässeistä vanhuksista.

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata köyhien malawilaisten vanhusten elämää ja heidän kohtaamiaan arjen haasteita sekä tuoda näkyviin Suomen ulkoministeriön tukemaa kehitysyhteistyötä. Tavoitteena on myös löytää kehittämis ehdotuksia ”Lesken Ropo”-hankkeen jatkoa varten. Hanke on tätä raporttia kirjoitettaessa edelleen käynnissä.

Osasyynä aiheen valintaan on mediassa viime vuosina kiihtynyt keskustelu kehitysyhteistyöstä ja sen vaikuttavuudesta. Tulevien eduskuntavaalien 2015 alla Suomen antama kehitysapu ja sen leikkaukset ovat nousseet tärkeäksi aiheeksi vaalipaneeleissa. Keskustelupalstoilta saa sen käsityksen, että suomalaiset eivät pidä kehitysapua tärkeänä. Suomen Ulkoministeriön vuoden 2014 Taloustutkimus Oy:llä teettämässä mielipidemittauksessa kuitenkin edelleen 82 prosenttia kansalaisista pitää kehitysyhteistyötä erittäin tärkeänä tai tärkeänä. Vain perussuomalaisten kannattajien keskuudessa kannatus on vähäisempää. Samalla kansalaisten epäilykset kehitysyhteistyön tehokkuudesta ja tuloksellisuudesta ovat kasvaneet, vaikka myönnetään, että yleisesti tietämys kehitysyhteistyöstä on heikkoa. Harva suomalainen tietää, miten vaikuttavia tuloksia kansainvälisellä kehitysyhteistyöllä on saatu. Kun absoluuttisessa köyhyydessä eli vielä vuonna 1990 lähes puolet kehitysmaiden väestöstä, vuonna 2012 se oli enää noin 27 prosenttia. (Rahkonen 2014, 2 - 8; Kansainväliset ympäristösopimukset ja Suomen kehityspoliitiikka 2012, 9.)

2 Malawi vanhusten elinympäristönä

2.1 Vanhukset Malawissa

Niin kuin koko maailmassa, myös Malawissa vanhusten määrä kasvaa. Vuonna 1987 Malawin 7,9 miljoonaisesta kansasta 473 898 henkilöä oli vanhuksia, mikä oli noin kuusi prosenttia koko kansasta. Vuonna 1998 valtion tutkimus, Malawi Population and Housing Census, selvitti,

että 9,9 miljoonaisesta kansasta 547 542 oli vanhuksia. Tämän ajan kuluessa vanhusten määrä oli kasvanut jo 15,5 prosentilla. Samaisessa valtion tekemässä tutkimuksessa vuonna 2008 kokonaisväkiluku oli jo 13,1 miljoonaa, joista 656 379 vanhuksia. Heistä 365 379 oli naisia ja 291 100 miehiä. Tällä hetkellä väkiluku ylittää jo 16 miljoonaa ihmistä. (The Malawi Situation 2010.)

Malawilaisista vanhuksista 63 prosenttia naimisissa, 27 prosenttia jäänyt leskiksi ja 8 prosenttia eronnut. Lähes 45 prosenttia vanhuksista ei ole koskaan käynyt koulua. Lähes kaikki vanhukset asuvat kotona. Vain noin yksi prosentti asuu sairaalassa ja noin prosentin verran on kodittomia. (Disability and Elderly 2010, 46-58.)

Jatkuvalla vanhusten määrän kasvulla on vaikutuksia talouteen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen elämään sekä poliittiseen päätöksentekoon malawilaisessa yhteiskunnassa. Jo vuonna 1982 Wienissä pidetyssä ensimmäisessä kansainvälisessä vanhuutta käsittelevässä kokoontumisessa, First World Assembly on Ageing -kokouksessa, 26.6.-6.8.1982 ennakoitiin ikääntyvien määrän kasvua Afrikassa ja Euroopassa. Keskeiseksi ajatukseksi nousi jo silloin kysymys huolenpidosta: ”Kuka huolehtii maan vanhuksista? Onko se yhteiskunta vai perheet?” (The Malawi Situation 2010.)

Huoltosuhteen muutos ei koske vain länsimaita vaan myös Malawin kaltaisia kehittyviä maita. HIV/AIDS-epidemian seurauksena Afrikassa ja Malawissa elää kokonainen sukupolvi lapsia, joiden vanhemmat ovat kuolleet AIDSiin. Valtaosa heistä elää isovanhempiensa kanssa. Vanhukset, erityisesti lesket, koetaan kyläyhteisöissä rasitteina ja leskien omaisuus usein varastetaan aviopuolisoiden kuoltua. On hyvin tavallista, että kuolemantapauksen jälkeen miehen sukulaiset valtaavat talon ja vievät kaikki tavarat, karjan ja omaisuuden; joskus lapsetkin. (Kempainen 2011, 53, 83.)

Vanhoissa agraarikulttuureissa vanhuuden määrittäminen on perustunut moniin muihin kriteereihin kuin ikä. Fysiologisten muutosten lisäksi tärkeää on ollut ikääntyvän sosiaalinen asemavuus. Vanhan ihmisen tieto-taito on ollut arvostettua. (Vakimo 2004, 171.) Nykyään henkilö katsotaan Malawissa virallisesti vanhukseksi, kun hän on täyttänyt 60 vuotta. Suurin osa vanhusväestöstä on naisia, koska naiset elävät pidempään kuin miehet. WHO:n mukaan vuonna 2012 eliniänodote oli miehillä 58 vuotta ja naisilla 60 vuotta (Malawi 2015a). Naisjohtoiset taloudet ovat Malawissa kaikkein heikoimmassa asemassa (Malawi Democratic and Health Survey 2010, 10).

Vanhuus ja korkea ikä saatetaan Malawissa liittää noituuden harjoittamiseen, minkä tähden vanhuksia syrjitään ja kaltoin kohdellaan, joskus jopa kidutetaan kuoliaaksi. Maassa on myös joillakin alueilla vastenmielisiä kulttuurisia tapoja, kuten puhdistautumisriitti (widow clen-

sing), jossa leski joutuu makaamaan kuolleen puolisonsa kanssa. Myös miehen veli saattaa olla oikeutettu makaamaan lesken kanssa. Paitsi, että rituaalit ovat vastenmielisiä ja trauma-tisoivia, niissä on myös suuri riski saada HIV-tartunta. (Human Rights Report: Malawi 2010.)

2.2 Malawi ja valtionhallinto

Malawi on eteläisen Afrikan itälaidalla sijaitseva 800 km pitkä, kapea sisämaavaltio, jonka rajanaapureita ovat Mosambik, Sambia ja Tansania. Pääkaupunki on Lilongwe ja muita suu-rempiä kaupunkeja ovat Zomba, Mzusu ja etelässä Blantyre. Virallisena kielenä Malawissa pu-hutaan englantia ja tsewaa. Maailman pankin vuodelta 2014 olevan tilaston mukaan maan vä-kiluku vuonna 2013 oli 16,36 miljoonaa, ja 800 km pitkä valtio lukeutuukin Afrikan tiheimmin asuttuihin alueisiin. Suurin osa väestöstä on asettunut lähinnä aiemman siirtomaapolitiikan vuoksi asumaan eteläiseen Malawiin. (Maailmalla 2009, 25; Population, total 2015.)

Luonnonkauniin Malawin ylpeys on Malawijärvi (entinen Njassa-järvi), jonka kansallispuiston Unesco on julistanut maailman luonnonperintökohteeksi. Malawijärvellä aikanaan purjehti myös englantilainen lähetysaarnaja ja tutkimusmatkailija David Livingstone (1813 - 73). Ko-lonialistisena aikana nykyinen Malawin tasavalta kuului Iso-Britannian siirtomaavallan alaisuus-teen. Siirtomaakaudella maahan muutti runsaasti työvoimaa Intiasta, ja nykyään intialaiset hallitsevat valtaosin maan kaupankäyntiä. Malawi itsenäistyi vuonna 1964. (Maailmalla 2009,26.)

Malawin talous perustuu maanviljelyyn. Koska suurin osa kansasta asuu maaseudulla, hanki-taan toimeentulo pääasiassa kotitarveviljelyllä. Useimmat eivät kuitenkaan omista viljelys-maata itse, vaan viljelevät heimon omistamaa yhteismaata, jonka käyttöoikeuden he saavat heimopäälliköltä määrääjäksi. Usein naiset tekevät raskaat viljelytyöt, vaikka naisilla ei ole sananvaltaa maanomistusasioissa. (Maailmalla 2009, 26)

Maanviljelyn varaan rakentuva talous on haavoittuvainen. Ruuan saanti riippuu sateista, jotka ovat epäsäännöllisiä. Kuivuus koettelee usein maata ja vaikuttaa satoihin. (World Food Prog-ramme 2013, 3-16.) Luonnonkatastrofit, kuten vuotuiset kuivat kaudet ja tulvat, koettelevat eniten köyhimpiä ihmisiä. (Malawi 2015 b.) Alkuvuodesta 2015 Malawia kohtasi vakava tulva-katastrofi, jossa tuhannet menettivät kotinsa ja viljelyksensä (Food Brings Hope In Flooded Malawi 2015).

Malawi on yksi maailman köyhimmistä maista, nk. LDC -maa. YK:n Human Development Index sijoittaa Malawin sijalle 174 maailman 184:sta köyhimmästä maasta. Vuoden 2012 tilaston mukaan väestöstä 61,6 prosenttia elää köyhyysrajan alapuolella, mikä tarkoittaa, että noin 9 miljoonaa malawilaista on absoluuttisesti köyhiä. Absoluuttisessa köyhyydessä elävä henkilö

elää alle eurolla päivässä. Etelä-Malawissa ja syrjäisillä alueilla köyhyys on tavallisempaa. (Malawi: Indicators of Development 2014.) Vuonna 2012 Malawin rahayksikkö, kwacha, devalvoitiin ja korkea inflaatio on sen jälkeen nostanut hintoja rajusti (Chuka 2012).

Malawilaisten terveyttä mittavien indikaattorien mukaan malawilaisten terveystilanne on yksi maailman pahimmista. HIV, tuberkuloosi ja malaria aiheuttavat lähes puolet kaikista kuolemantapauksista. Vaikka lapsikuolleisuus on selvästi vähentynyt vuosituhaten vaihteesta, edelleen pojista 26 prosenttia ja tytöistä 23 prosenttia kuolee ennen viittätoista ikävuotta. Alle viisivuotiaiden lasten johtava kuolinsyy on malaria ja kuolemista noin neljätolista prosenttia johtuu malariasta. HIV/AIDS on aikuisten johtava kuolinsyy: 40,8 prosenttia aikuisten kuolemista johtuu HIV/AIDSista.. HIV/AIDSin vastainen kamppailu onkin nostettu esiin yhtenä tärkeimmistä päämääristä Malawin hallituksen Kasvu ja Kehitysstrategiassa vuodelta 2006 (the Malawi Growth and Development Strategy 2006 - 2011, 6).

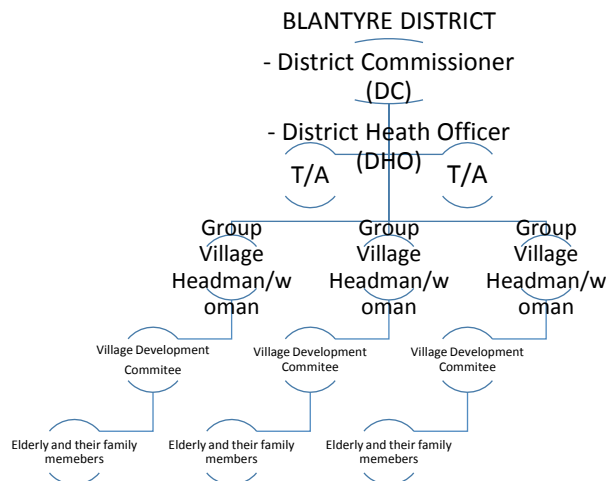
Julkisia palveluita Malawissa leimaa huono hallinto, varojen puute, maksullisuus ja korruptio. Kuten yleensäkin epästabiileissa kehitysmaissa Malawissakin poliittiset prioriteetit asetetaan maan johtomiesten taholta ja kun presidentti vaihtuu, poliittiset tavoitteet asetetaan uudelleen. Näin monet keskeneräiset, hyvät hankkeet joko jäävät toteutumatta tai ainakin kehitys on hitaampaa. Korruption kitkemiseksi tarvitaan poliittista tahtoa (Anti-Corruption handbook for Development Practitioners. 2012, 53 - 54.)

2.3 Kyläyhteisöt ja paikallinen hallinto

Malawin asuttivat aikanaan bantujen jälkeläiset. Bantujen kulttuurissa on jo vuosituhatien ajan vaikuttanut kyläpäällikköjohtoinen paikallishallinto. Länsimaisen demokratiakehityksen mukanaan tuoman julkisen hallinnon lisäksi paikallishallinto toimii edelleen Malawissa elävänä. Kehitysyhteistyön suunnittelussa ja käynnistyksessä onkin olennaista huomioida paikallishallinnon merkitys: mitään ei tapahdu ilman kyläpäälliköiden suostumusta. (Kemppainen 2011, 24; The local government system in Malawi 2011.)

Malawi on jaettu 28:aan maaseutuvaltuustoon ja kahteen kaupunginvaltuustoon. Valtuustoja johtavat nk. aluekomissaarit (District Commissioners, DC's). Valtuustot ovat vastuussa alueen verojen ja muiden maksujen keräämisestä, vaikka suurin osa alueiden tuloista tulee keskuhallinnon rahoista. Kaikilla valtuustoilla on samat velvollisuudet järjestää alakouluopetus, perusterveydenhuollon palvelut, metsänistutus, luonnonvarojen hoito ja kunnan muut palvelut. Jokaisella alueella vaikuttaa edellä mainituista asioista vastaava virkamies. Terveysasioista vastaavaa virkamiestä kutsutaan nimellä District Health Officer (DHO). (The local government system in Malawi 2011).

Alueet on jaettu pienempiin osiin, joita johtavat aluepäälliköt, joita kutsutaan nimellä Traditional Authority (T/A). Jokaisella alueella vaikuttaa usein myös muutamia kansanedustajia (Member of Parliament, MP), jotka koettavat saada äänestäjiä puolelleen asettautumalla, mikäli mahdollista, keulakuvaksi erilaisiin hankkeisiin, joita avustusjärjestöt alueella toteuttavat. Alueilla vaikuttavat myös alueen kehittämistoimikunnat (The Area Development Committees, ADCs), jotka ovat Malawin valtion aluehallinnasta vastaavan ministeriön (the Malawi's Ministry of Local Government) alaisia. Kyläyhteisöissä kehittämistyötä tekevät kyläyhteisöjen kehittämistoimikunnat (The Village Development Committees, VDCs). Joitakin kylien kehittämistoimikunnan jäseniä osallistuu myös alueen kehittämistoimikuntaan, jotta kylät saavat siellä äänensä kuuluviin. Kyläyhteisöjen kehittämistoimikunnissa jäsenet toimivat vapaaehtois pohjalla, ja heidän päätavoitteenaan on nähdä oman kylän kehittyvän eri tavoilla. Jäsenien rooli on kyläpäälliköiden tuella innostaa ja saada koko kyläyhteisö mukaan toimimaan yhteisten hankkeiden hyväksi. (The local government system in Malawi 2011.)



Kuva 1: Paikallishallinto Malawissa (Kavala & Niemi 2012).

2.4 Perhe

Kaikissa kulttuureissa perhesuhteet perustuvat pääasiassa sukulaisuuteen tai laillisiin sopimuksiin, jotka ovat yhteisön normein säänneltyjä. Länsimainen kulttuuri on hyvin yksilöllistynyt: perhe käsitetään vain lähimpien perheenjäsenten muodostamaksi yksiköksi ja ydinperheeseen kuuluvat vanhempien lisäksi vain lapset. Tosin suomalaisissakin perheissä voi olla laajennuksia perusperheeseen ja avioerojen yleistyttyä perhekäsite on saanut uusia muotoja. (Perhe 2014.)

Afrikkalainen persoonallisuus- ja perhekäsitys eroaa länsimaalaisesta. Sen mukaan yksilö ja hänen ruumiinsa ovat osa yhteisöä ja sukulinjaa. Perheeseen voi kuulua vanhempien ja lasten lisäksi setiä, tätejä, isovanhempia ja muita sukulaisia. Afrikassa uskotaan myös, että kuolleet

omaiset pysyvät perheen vaikutuspiirissä vielä jonkin aikaa kuoltuaankin, ja heitä muistetaan ja palvotaan perheen arjessa eri tavoin (Kemppainen 2011, 24.)

Afrikkalaisessa perhejärjestelmässä miehinen valta elää vahvana erityisesti maaseudulla. Monivaimoisuus on yleistä, samoin löyhemmät lähinnä keskinäiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvät pitkäkestoiset rinnakkaissuhteet (concurrent relationships), joita perheen isällä tai äidillä voi olla kyläyhteisöissä useita. Tämänkaltaisen suhdeverkosto edistää samalla HIV/AIDSin, sukupuolitautilien ja muiden sairauksien leviämistä. (Kemppainen 2011, 37; Rotkirch 2013, 9.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana perinteinen perhekeskeinen huolenpitokulttuuri on alkanut murtua Malawissa, johtuen HIV/AIDSin aiheuttamista taloudellisista, sosiaalisista ja kulttuurisista muutoksista, joita teollistuminen, kaupungistuminen ja modernisaatio ovat vielä lisänneet. HIV-epidemian levitessä kyläyhteisössä perheet rikkoutuvat. Miesten kontrolli heikenee ja eri sukulaisten, kuten isovanhempien, tätien ja setien tai enojen, merkitys lasten kasvatuksessa korostuu. Nuoret muuttavat kaupunkeihin helpomman elämän toivossa ja jättävät vanhuksat huolehtimaan lapsenlapsista. Isoäidit, joista nuorempien kuuluisi huolehtia, ovat joutuneet jälleen kasvattajiksi. Malawissa onkin sanonta: ”Vanhuksista on tullut äitejä jälleen”. (Kemppainen 2011, 29; Mbewe 2010; Rotkirch 2013, 9.)

Malawin valtion ja vanhusjärjestöjen politiikkana on tukea ja vastuuttaa perheitä laajemmassa merkityksessä, mikä tarkoittaa, että perheellä tarkoitetaan koko kyläyhteisöä. Malawilainen gerontologi Thomas P. Mbewe korostaa, että perhe sen erilaisissa muodoissa on perustavanlaatuinen, sukupolvet yhdistävä yksikkö yhteiskunnassa, joka tulisi säilyttää ja suojella kunkin maan perinteiden mukaisesti. Kyläpäälliköt ja kyläyhteisöissä elossa olevat aikuiset on haastettava huolehtimaan vanhuksista ja lapsista. (Mbewe 2010).

2.5 AIDS-orvot

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa arvioidaan olevan n. 16.6 miljoonaa lasta, jotka ovat jääneet orvoiksi HIV/AIDS-pandemian seurauksena. Lapset päätyvät usein lapsityövoimaksi viljelyksille tai koteihin, ilman mitään mahdollisuutta käydä koulua. Usein lapset, joista kukaan ei huolehdi, joutuvat seksuaalisesti hyväksi käytetyiksi ja osa heistä päättyy kaduille seksityötä tekemään, kerjäämään ja tekemään pikkurikoksia. (Kemppainen 2011, 29.)

Malawissa termi orpo voi tarkoittaa kolmea asiaa. Sillä voidaan tarkoittaa nk. kasvattilapsia, jotka asuvat taloudessa, jossa heidän kumpikaan biologinen vanhempansa ei asu (foster children). Tuplaorpoina pidetään lapsia, joiden kumpikin vanhempi on kuollut (double orphans) ja orpoina lapsia, joiden toinen vanhempi on kuollut. (single orphans). Jopa 33 prosenttia kotita-

louksista huolehtii kasvattilapsista tai orvoista. Kasvattilapsista huolehtivia perheitä (28 prosenttia) on huomattavasti enemmän kuin orvoista (15 prosenttia) tai tuplaorvoista (neljä prosenttia) huolehtivia. Maaseudulla tai kaupungissa asuvien keskuudessa ei juurikaan ole eroa kotitalouksien huoltamien orpojen määrässä. (Malawi Democratic and Health Survey 2010, 10.)

3 Vanhusten terveysongelmat

3.1 Aliravitseminen

Vakava aliravitseminen on Malawissa yleinen ongelma. UNISEFin mukaan vakavasta aliravitsemuksesta kärsii maailmassa yli 800 miljoonaa ihmistä ja joka viides lapsi on matalan tulostason maissa alipainoinen. Aliravitseminen voi johtua joko ruoan puutteesta tai riittämättömästä tai vääränlaisesta ravinnosta. (Aliravitseminen ja virheravitseminen 2015).

Liian vähäinen tai vääränlainen ravitseminen johtaa joko ravintoaineiden puutokseen tai lapsuusiässä kasvuhäiriöihin. Kansainvälisesti ravitsemuksen vajaukset jaotellaan kahteen tyyppiin vajauksesta johtuvien seurausten mukaan. Tyypin 1. aliravitsemustila johtuu vitamiinien puutteesta. Kehä kasvaa normaalisti, mutta vitamiinien puutteesta sen toiminnot heikentyvät, mikä johtaa erilaisiin puutossairauksiin, kuten anemiaan tai keripukkiin. Tyypissä 2. aliravitseminen johtuu ravintoaineiden, kuten proteiinin, sinkin, magnesiumin, fosforin ja kaliumin puutoksista ja tila johtaa lyhytkasvuisuuteen, painon putoamiseen ja turvotuksiin. (Types of undernutrition 2015)

Tyypin 2. aliravitsemustila jaetaan usein vielä kahteen alatyypiksi: marasmukseen ja kwashiorkoriin. Marasmus -tyyppisessä aliravitsemustilassa oleva henkilö on hyvin näлкиintynyt ja kylkiluut näkyvät selvästi. Kwashiorkoriksi kutsutaan aliravitsemustilaa, jossa henkilöllä esiintyy molemminpuolista pitting-turvotusta raajoissa ja tilan pahentuessa myöhemmin myös käsissä ja kasvoissa. Turvotuksen vuoksi henkilö saattaa näyttää normaalipainoiselta. Molemmat tilat ovat hengenvaarallisia. (Acute malnutrition: Marasmus (or Wasting) 2015, Acute malnutrition: Kwashiorkor (or bi-lateral pitting oedema) 2015.)

Vanhuksilla lievemmästäkin aliravitsemustilasta seuraa haurastumista ja sarkopeniaa, minkä seurauksena toimintakyky laskee ja avuntarve lisääntyy. Lihaskunnan heikentyessä myös liikuminen vaikeutuu. Hengenvaaraa aiheuttaa myös infektioherkkyyden lisääntyminen puutteellisen ravitsemuksen myötä. (Hiltunen 2009, 3551.)

3.2 HIV ja AIDS

HIV (engl. Human Immunodeficiency Virus) on retroviruksiin kuuluva virus, joka tarttuu ihmisen immuunijärjestelmän soluihin ja tuhoaa niitä. Tartunnan voi saada suojaamattomassa yhdynnässä, verensiirroissa tai likaisista neuloista. Syntymätön lapsi voi saada HIV-tartunnan sairastuneesta äidistään jo raskauden tai synnytyksen aikana ja myöhemmin rintaruokinnan yhteydessä. Taudin eteneminen voidaan karkeasti jakaa neljään vaiheeseen, joita ovat ensi- eli primaaritauti, oireeton vaihe, oireinen vaihe ja lopulta AIDS (engl. Acquired Immunodeficiency Syndrom). Kun infektio etenee, ihmisen immuunipuolustus heikkenee ja lopulta tuhoutuu. Tartunnan eteneminen HIV:stä AIDSiksi voi kestää kymmenestä viiteentoista vuoteen ja prosessia voidaan hidastaa antiretroviraali- (ART) lääkityksellä. (HIV/AIDS 2015.)

AIDSin liitännäissairauksiin kuuluu useita eri sairauksia, tyypillisimpinä iho- ja limakalvosairaudet kuten erilaiset sienet ja silmätaudit, herpesviruksen aiheuttamat vyöruusu ja sytomegalovirus, keuhkosairaudet kuten tuberkuloosi ja keuhkokuume, hermostosairaudet kuten enkefaliitti, meningiitti ja perifeerinen neuropatia sekä AIDS-dementia ja erilaiset syövät, joista tärkeimpänä Kapoosin sarkooma ja lymfooma. Suomessa katsotaan henkilön siirtyneen AIDS-vaiheeseen, kun hänellä on jokin edellä mainittuihin ryhmiin kuuluvista 28:sta liitännäissairaudesta. Lääkityksellä voidaan paitsi hidastaa infektion etenemistä, myös vaikuttaa oheissairauksien puhkeamiseen. (Rintala 2006, 10)

HIV-lääkityksen toteuttaminen on haasteellista. Lääkehoidon tulisi olla oikeanlaista ja oikea-aikaista ja siihen tulisi sitoutua elinikäisesti. Mikäli lääkkeitä ei käytetä säännöllisesti tai lääkettä on veressä vain pieni määrä, virus voi kehittää resistenssin lääkettä vastaan ja seurauksena voi kehittyä resistenttejä viruskantoja. Potilaan motivaatio ja sitoutuminen hoitoon voivat olla vaikeita hättävaiikutusten vuoksi, jotka saattavat olla ikäviä potilaan kannalta ja joista pitkäaikaisessa käytössä ei vielä täysin tiedetä. Lääkehoidon vaikutuksia tulisikin seurata laboratoriokokein hättävaiikutusten vuoksi, joita ovat mm. anemia, maksa-arvojen nousu, haimatulehdus, hengenvaarallinen maitohappoasidoosi sekä neuropatia, (Rintala 2006, 75 - 81)

Vuoden 2013 lopussa maailmassa eli n. 35 miljoonaa HIV-tartunnan saanutta ihmistä, joista miljoona Malawissa. HIV/AIDS on Malawissa aikuisväestön yleisin kuolinsyy. Joka kymmenes 15 - 49 -vuotiaasta malawilaisesta on saanut tartunnan. Vaikka määrä on laskenut sadallatuhannella WHO:n vuoden 2009 tilastoista, vertailun vuoksi voidaan mainita, että luku on Namiabiassa 250 000 ja Ruandassa 200 000 tartunnan saanutta, vaikka näissäkin köyhissä afrikkalaisissa valtioissa HIV/AIDS on valtaisa ongelma. WHO:n tilastojen mukaan vuonna 2012 69 prosenttia HIV-positiivisista malawilaisista oli ART-lääkehoidon piirissä. (Malawi 2013.)

Malawin valtio on panostanut HIV/Aidin vastaiseen työhön. Tiedon lisääminen HIV:n tartuntatavoista ja tartuntojen ehkäisystä on olennaista. Valistuksella on kuitenkin Malawissa monia esteitä. Sanoilla on bantukulttuurissa eri merkitys kuin länsimaisessa kulttuurissa. Afrikkalaiset uskovat, että sanoilla luodaan todellisuutta, eli kun joku asia sanotaan ääneen, se myös tapahtuu. Jos siis HIV:stä puhuu ääneen, sen myös saa. Mies voi luulla, että mikäli hän kertoo vaimolleen tartunnasta, myös vaimo saa tartunnan. Sairaudesta on ollut tabu myös Afrikan johtajien keskuudessa. Etelä-Afrikan presidentti Mbeki jopa kiisti vielä 90-luvun lopussa seksin ja HIV:n yhteyden ja väitti sairauden johtuvan salajuonesta tai ravitsemuksellisista puutteista. Valheesta menttiin niin pitkälle, että Etelä-Afrikan hallitus jopa kielsi lääkityksen antamisen raskaana oleville äideille. (Kemppainen 2011, 57 - 59.)

3.3 Malaria

Malaria on maailmanlaajuisesti vakava ongelma, sillä 40 prosenttia maailman väestöstä asuu malaria-alueilla. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan malariaan sairastuu joka vuosi n. 300 - 500 miljoonaa ihmistä ja tautiin kuolee 2 - 3 miljoonaa ihmistä. Maailman malariakuolemista 90 prosenttia tapahtuu Afrikassa. Taudin aiheuttaja on Plasmodium- sukuun kuuluva alkueläin, jonka levittäjänä toimii Anopheles -hyttynen. Alalajeja ovat *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* ja *P. malariae*, joista *P. falciparum* on vaarallisin. Yli 90 prosenttia trooppisen Afrikan malariatartunnoista on *P. falciparum*in aiheuttamia. (Siikamäki 2004, 64 - 65.)

Malarian oireita ovat vilunväreillä alkavat kuumekohtaukset, hengitystieoireet ja ripuli. Työskennellessäni Kalibu Academy -koulun klinikalla v. 2011 hämmästyin siitä, miten jokaista flunssan oirein klinikalle tulevaa oppilasta pidettiin mahdollisena malariatartunnan saaneena ja heille tehtiin pikatesti. Pahimmillaan tauti johtaa aivomalariaan, joka hoitamattomana johtaa nopeasti kuolemaan. (Siikamäki 2004, 64 - 65.)

Vuonna 2013 malariaan kuoli Malawissa 5516 ihmistä. Vuoden 2009 luku oli katastrofaaliset 8915 ihmistä, joka on WHO:n vuosina 2002 - 2013 keräämien tilastojen korkein luku. Sairastuneita rekisteröitiin samana vuonna 1 564 984 tapausta ja on muistettava, että tämäkin määrä sisältää vain osan tapauksista, koska vain osa tapauksista raportoituu klinikkakäyntien kautta. (Malaria- number of reported cases- Malawi 2014.)

Sairastumista ehkäistään tehokkaimmin iholle levitettävillä tai suihkutettavilla hyttyskarkotteilla ja ihoa verhoavilla vaatteilla sekä moskiittoverkoilla, joka on käsitelty perimetriiniä sisältävällä hyttyskarkotteella. Matkailijoille suositellaan aina malaria-alueelle matkustettaessa malarian estolääkitystä. (Siikamäki 2004, 67 - 68.)

3.4 Tuberkuloosi, lepra ja vesiperäiset sairaudet

Tuberkuloosin aiheuttajat kuuluvat *Mycobacterium tuberculosis* -ryhmään, jonka tauteja aiheuttava, erityisesti Afrikassa esiintyvä alalaji on *M. africanum*. Tuberkuloosi jaetaan kolmeen kategoriaan taudin elimellisen esiintymisen perusteella. Yleistynyttä tuberkuloosia esiintyy erityisesti vanhuksilla ja immuunipuutteisilla potilailla. Potilas kärsii jatkuvasta kuumeilusta ja epämääräisistä yleisoireista. Hengityselintuberkuloosin yleisin muoto on keuhkotuberkuloosi, jossa tyypillinen oire on hakkaava yskä, joka muuttuu taudin edetessä veriseksi: potilas kärsii kuumeilusta ja kivuista. Muualla kuin hengityselimissä esiintyvän tuberkuloosin yleisin muoto on imusolmuketuberkuloosi. Muita muotoja ovat mm. luu- ja niveltuberkuloosi, virtsaelintuberkuloosi tai keskushermoston tuberkuloosi. (Duodecim 1998, 196 - 200.)

Tuberkuloosi luokitellaan Suomessa yleisvaarallisten tartuntatautien ryhmään, mikä tarkoittaa, että tartuntatautilain mukaisesti potilas voidaan hoitaa myös tahdonvastaisesti. Taudin hoitona on useamman lääkkeen pitkäkestoinen yhdistelmähoito, joka, kuten HIV-lääkityskin, vaatii järjestelmän, joka huolehtii niistäkin potilaista, joiden yhteistyökyky tai -halu ei riitä pitkän hoidon toteuttamiseen. Hoito on siksi kehittyvissä maissa hyvin haasteellista. (Duodecim 1998, 202.)

Malawissa tuberkuloosi on edelleen hyvin yleinen sairaus. Vaikka tauti tarttuu huonosti ja ainoa tartuttava muoto on keuhkotuberkuloosi, aliravitsemukselliset seikat ja HIV altistavat tartunnalle. 77 prosenttia tuberkuloosipotilaista on myös HIV-positiivisia. WHO:n arvion mukaan kaikista tuberkuloositapauksista vain 48 prosenttia diagnosoidaan Malawissa.

Lepran eli spitaalini aiheuttaja on *Mycobacterium leprae* -bakteeri, joka jaetaan kahteen alalajiin: tuberkuloidilepraan ja lepromatoottiseen lepraan. Ensin mainitussa taudinkulku on hyvänlaatuinen ja oireena tunnottomat, vaaleat ihoalueet. Jälkimmäisessä oireena ovat laajalaiset paksuuntuneet ihoalueet ja ihokyyhmyt sekä neuropatian seurauksena tapahtuva sormien ja varpaiden vaurioituminen. Vaikka Maailman terveysjärjestö (WHO) on julistanut lepran sairaudeksi, joka uskotaan voitavan hävittää kokonaan maailmasta, uusia lepratapauksia raportoidaan maailmanlaajuisesti edelleen yli 200 000 tapausta vuosittain. Lepran vammauttamia ihmisiä arvioidaan olevan noin kaksi miljoonaa kehittyvissä maissa. Malawissa lepra on edelleen kansanterveydellinen ongelma, vaikkakaan sairastuneiden määrää ei ole tilastoitu kunnolla viime vuosilta, WHO:n mukaan vuonna 2010 määrä oli 632 tapausta. Toki tässäkin luvussa on syytä huomioida raportoimattomien tapausten mahdollinen suurikin määrä. (Msyamboza, Mawaya, Kubwalo, Ng'oma, Liabunya, Manjolo, Msiska and Somba 2012)

Maailmassa on edelleen noin 884 miljoonaa ihmistä vailla puhdasta vettä ja noin 2,6 miljardia ihmistä vailla perussanitaatiota (Kansainväliset ympäristösopimukset ja Suomen kehityspoli-

tiikka 2012, 9). Malawissa puhtaan veden saatavuus heikko ja kaivoja harvassa. Vain n. 35 prosentilla väestöstä on jonkinlainen juomaveden lähde kotiympäristössä. Veden lähde voi olla kaivo, puro tai vuotava putki. Vesi saattaa olla likaista, ja sen puhdistamiseksi käytetään yleisesti keittämistä, kloorausta tai vaatteiden läpi suodatusta, vaikkakaan suurin osa väestöstä ei suosituksista huolimatta näin tee. Vain noin 50 prosenttia kansasta saa vetensä kaivoista. Kylän läheisen kaivon tai joen saastuessa koko kylä sairastuu. Parasiitit, bakteerit ja taudit leviävät saastuneen veden välityksellä. Tavallisimpia tauteja ovat mm. kolera, lavantauti ja muut vastaavat ripulitaudit sekä loistartunnat. Valmiiksi aliravitulle vanhukselle pitkäkestoinen ripuli merkitsee kuolemaa. (Miksi sanitaatio on tärkeää? 2013; Malawi Democratic and Health Survey 2010, 18-19.)

Veden haku on päivittäin raskaan työn takana. Jopa 25 prosenttia väestöstä joutuu kävelemään yli 30 minuuttia saadakseen juomavettä. Veden kanto kuuluu Malawissa naisten töihin. Vain harvoin veden kanton joutuu mies tai poikalapsi. Sen sijaan alle 15-vuotiaiden tyttöjen kotitöihin vedenhakumatkat sisältyvät jo pienestä pitäen. Jokainen pieni tyttö opetetaan kantamaan vesiastiaa päänsä päällä. (Malawi Democratic and Health Survey 2010, 18).

4 Kehityspolitiikka

Miten määrittelemme kehityksen? Tanzanian presidentti Julius Nyerere (1968) on sanonut: ”Maa, kylä tai yhteisö ei voi kehittyä, se voi vain kehittää itseään, koska oikea kehitys tarkoittaa ihmisten kasvua”. (ks. Swanz 2009, 29). Marja-Liisa Swanzin (2009, 35) mukaan kehitys ei ole vain liikettä lännestä muualle maailmaan vaan inhimillisten, sosiaalisten, hengellisten ja kulttuuristen arvojen kansainvälistä vaihtoa, jolla on vaikutusta molempiin osapuoliin.

4.1 YK:n vuosituhattavoitteet vuoteen 2015

Yhdistyneet kansakunnat asetti vuonna 2000 kahdeksan tavoitetta (Millennium Development Goals, MGDs) maailman eriarvoisuuden vähentämiseksi. Vaikka vuosituhattavoitteiksi nimetyt tavoitteet tuntuivat kunnianhimoisilta, tehtiin niistä niin konkreettisia ja mitattavia, että ne oli mahdollista saavuttaa. Tavoitteet päätettiin saavuttaa vuoteen 2015 mennessä. (Vuosituhattavoitteet 2014.)

1. Äärimmäisen köyhyyden ja nälän puolittaminen
2. Peruskoulutusmahdollisuuksien takaaminen kaikille
3. Tasa-arvon edistäminen ja naisten aseman parantaminen
4. Lapsikuolleisuuden vähentäminen
5. Odottavien äitien terveyden parantaminen
6. HIV/AIDSin, malarian ja muiden tautien vastainen taistelu

7. Ympäristön kestävä kehityksen turvaaminen
8. Globaalin kumppanuuden luominen kehitykselle

Vuosituhattavoitteisiin pyrkimisen ansiosta miljoonien ihmisten elämä on parantunut. KEPA uutisoi jo vuonna 2012, että ensimmäinen tavoite puolittaa köyhyys maailmassa vuoteen 2015 oli saavutettu etuajassa. Myös puhtaan veden saatavuus ja slummeissa asuvien elinolosuhteet olivat maailmanlaajuisesti parantuneet. (Salminen 2012.)

Kun syyskuussa 2013 YK:n yleiskokous loi pohjan vuosituhattavoitteiden jälkeiselle kehitysohjelmalle, kansainvälisiä katseita alettiin suunnata tulevaan vuoden 2015 jälkeisiin tavoitteisiin. Uuteen agendaan haluttiin tuoda yhteen kestävä kehityksen kolme ulottuvuutta: sosiaalinen kehitys, ympäristö ja talous. Vastuunjaossa luvattiin ottaa huomioon maiden erilaiset olosuhteet. Tällä hetkellä ympäri maailman käydään keskustelua jatkosta ja etsitään vastausta kysymykseen: ”Millaisen maailman me tulevaisuudessa haluamme?” Myös Suomessa KEPA järjesti 23.10.2013 kehityspoliittisen päivän, jossa pohdittiin tulevaisuutta ja puheenvuoron oli käyttämässä silloisen kehitysministeri Pekka Haaviston lisäksi kehitysyhteistyön johtohahmoja ympäri maailman. (Millaisessa maailmassa haluamme elää? 2013; The World we want 2015.)

4.2 Suomen valtion kehityspoliittiset periaatteet

”Kaikki ihmiset syntyvät tasavertaisina. Jokaisella lapsella, naisella ja miehellä, mukaan lukien tulevat sukupolvet, on oikeus elää ihmisarvoista elämää ja osallistua kehitykseen, eikä kehtää saa syrjiä. Eriarvoisuus, syrjintä ja syrjäytyminen estävät kehitystä.” Suomen kehitysyhteistyössä painottuu eriarvoisuutta vähentävä yhteiskuntapolitiikka, jossa taataan perusturva ja peruspalvelut kaikille. (Kolme tavoitetta läpäisee kaiken kehitysyhteistyötoiminnan 2013.)

Suomen valtion kehityspolitiikassa on neljä erityistä painopistealuetta:

1. Ihmisoikeuksia edistävä, demokraattinen ja vastuullinen yhteiskunta
2. Osallistava ja työllistävä vihreä talous
3. Luonnonvarojen kestävä hallinta ja ympäristönsuojelu
4. Inhimillinen kehitys.

(Kehityspolitiikan ja kehitysyhteistyön periaatteet 2014.)

Kaikessa suomalaisin kehitysyhteistyövaroin rahoitetussa toiminnassa on erityisellä tavalla huomioitava sukupuolten tasa-arvo ja ilmastokestävyyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen. Näitä kolmea tavoitetta kutsutaan läpileikkaaviksi tavoitteiksi ja niiden sisällyttäminen kaikkeen kehitystyöhön on sitova periaate, josta poikkeaminen on aina erityisesti perusteltava. Läpileikkaavat tavoitteet perustuvat Suomen perustuslakiin, tasa-arvolakiin,

yhdenvertaisuuslakiin ja ympäristölakeihin sekä hallitustenvälisiin ihmisoikeus- ja ympäristösopimuksiin, joihin Suomi on sitoutunut. Tavoitteita edistetään valtavirtaistamalla niitä kaiken toimintaan ja toteuttamalla erityisesti näihin teemoihin kohdennettuja kehitysyhteistyöhankkeita. (Kolme tavoitetta läpäisee kaiken kehitysyhteistyötoiminnan 2013.)

Suomen valtio toteuttaa kehitysyhteistyötä monella tavalla. Kehitysyhteistyö voi olla joko rahallista tukea tai poliittista vuoropuhelua. Yhteistyötä eri valtioiden kanssa voidaan tehdä kahdenvälisesti, alueellisesti tai monenkeskisesti. Suomi antaa humanitaarista apua maailman kriisitilanteissa ja kanavoi kehitysapua kansalaisjärjestöjen, yksityisen sektorin ja EU:n kautta. (Kehitysyhteistyön toteutus 2014.)

Kansalaisjärjestöissä tehtävä kehitysyhteistyö täydentää julkista kahdenvälistä ja monenkeskistä kehitysyhteistyötä. Suomen ulkoministeriö myöntää vuosittain tukea paitsi kumppanuusjärjestöjen myös pienten ja keskisuurten kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyöhankkeisiin. Kumppanuusjärjestöiksi Suomen Ulkoministeriö on valinnut yksitoista isompaa, kokenutta järjestöä kuten Fida tai SPR. Vuonna 2014 yli 300 kansalaisjärjestöä sai Suomen Ulkoministeriön myöntämään hanketukea ja hankkeita yli sadassa maassa. Tuki on pääsääntöisesti kolmevuotista. (Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö 2014.)

5 Case: ”Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin

5.1 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet

”Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin -hankkeen tarkoitus on pitkän ajan kuluessa laajalaisesti vaikuttaa Malawin syrjittyjen vanhusten, erityisesti naisten, tilanteeseen ja samalla myös heidän huolehtimiensa AIDS-orpojen elämään. Hanke keskittyy sairauksien, kärsimysten, köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseen ja tasa-arvon lisäämiseen.

Hankkeen lyhyen aikavälin tavoitteena on kohderyhmän vanhusten kuntoutuminen voimaannuttamalla heitä fyysisesti, henkisesti ja taloudellisesti siten, että heidän hyvinvointinsa ja terveytensä kohentuu ja kenenkään heistä ei tarvitsisi elää absoluuttisessa köyhyydessä, alle dollarilla päivässä. Hankkeessa käydään HIV/ AIDSin vastaista taistelua paitsi tarjoamalla Mc-heren kolmentoista kylän vanhuksille terveyspalveluita, myös puuttamalla HIV/AIDS pandemian aiheuttamiin taloudellisiin ongelmiin voimaannuttamalla paikallisia vanhuksia taloudellisesti.

Pitkän aikavälin tavoitteena on turvata Malawin vanhuksille ihmisarvoinen vanhuus, vähentää sairauksia ja kärsimystä sekä ehkäistä syrjäytymistä ja lisätä vanhusväestön tasa-arvoista kohtelua yhteiskunnassa. Tavoitteena on myös tukea Malawin valtiota vanhuspoliittisen ohjelmansa toteuttamisessa sekä YK:n vuosituhattavoitteen saavuttamisessa puolittaa köyhyys

veen 2015 mennessä. Projektissa huomioidaan myös Suomen valtion kehityspoliittiset tavoitteet edistämällä vanhusten ihmisoikeuksia ja vähentämällä syrjäytymistä sekä vahvistamalla erityisesti vanhojen naisten asemaa.

7.1 LYHYEN AIKAVÄLIN TAVOITTE	7.2 MITTARI	7.3 TIEDON LÄHDE
Vanhuksia on kuntoutettu voimaannuttamalla heitä fyysisesti, henkisesti ja taloudellisesti.	Vanhusten terveyden parantaminen ja hyvinvoinnin lisääntyminen sekä eläminen yli yhdellä dollarilla päivässä.	Klinikan ja hostellin dokumentit, kyselytutkimukset ja hankkeen loppuevaluaatio vuonna 2015.

Taulukko 1: Ulkoministeriön lisäselvityspyyntöön joulukuussa 2012 laadittu taulukko hankkeen lyhyen aikavälin tavoitteista (Kavala & Niemi 2012).

5.2 Hankkeen tuotokset

Hankkeessa luodaan Malawiin uusi vanhustenhuollon toimintamalli, jonka yksikkö on vanhuskylä. Päätoiminnot tulevat olemaan:

- Sairaala, joka tarjoaa perusterveydenhuollon palvelut alueen vanhuksille ja AIDS-orvoille. Sairaala rakennetaan vuoden 2013 aikana.
- 24-paikkainen hostelli, joka toimii heikoimmassa tilanteessa olevien vanhusten tukiasumispalveluna. Paikallisista kylistä pelastetaan turvaan hostelliin asumaan sellaisia vanhuksia, joiden tilanne on henkeä uhkaava tai muutoin sellainen, että he tarvitsevat välitöntä pidempiaikaista apua ja turvaa. Hostelli rakennetaan vuoden 2014 aikana.
- Kuntoutusohjelma, joka perustuu holistiseen, kristilliseen ihmiskäsitykseen, johon sisältyy sekä fyysinen, henkinen, hengellinen että sosiaalinen kuntoutus. Vanhuskylässä tapahtuvassa kaikessa hoito- ja huolenpitotyössä toteutetaan kuntouttavaa työtettä. Hostellissa asuville ja klinikalla asioiville vanhuksille hankitaan liikkumisen apuvälineitä, vanhuksia osallistetaan kylän toimintoihin ja päätöksentekoon ja heidän kanssaan suunnitellaan virkistysohjelmaa, joka lähtee heidän omista toiveistaan. Yhdessä tekemällä vanhukset ja lapset oppivat yhteistyötaitoja ja toistensa tukemista. Hengellinen tuki antaa mahdollisuuden harjoittaa uskontoa vapaasti ja tuo näin toivoa ja elämäniloa. Kylässä vanhukset ja orpolapset voivat yhdessä kokoontua ylistämään Jumalaa ja vahvistumaan yhteisestä uskosta.

- Toimeentulo-ohjelma, jossa vanhuksille annetaan käytännön työkaluja ruoan ja lisäansioiden hankkimiseen. Lesken Ropo -kylään ja alueen lähikyliin perustetaan pienryhmiä, joihin mukaan pääsee vanhuksia ja heidän perheensä jäseniä. Hankkeen Malawin projektijohtaja auttaa vanhuksia käytännön järjestelyissä ja seuraa toimeentulo-ohjelman toteuttamista sekä huolehtii, että hankkeen alussa vanhuksia koulutetaan ja ohjataan viljelyn ja kotieläinten hoidon toteuttamisessa. Ryhmille annetaan työkaluja, siemeniä, lannoitteita sekä kananpoikia tai nuoria vuohia ja he voivat aloittaa pienviljelyn ja kotieläinten kasvatuksen. Myyntituotosta he saavat kerättyä pääomaa, jolla he voivat taas seuraavan satokauden alussa ostaa siemenet viljelyä varten.
- Koulutus- ja vaikuttamisohjelmalla pyritään muuttamaan asenteita ja toimintakulttuuria kyläyhteisöissä ja sidosryhmissä (esim. kyläpäälliköt). Tämä toteutetaan koulutuksen, tiedottamisen ja erilaisten tapahtumien muodossa. Ohjelmassa jaetaan sidosryhmille oikeaa tietoa esim. vanhuudesta, HIV:stä ja sen tartuntatavoista, vesihuollosta, hygieniasta jne. Paitsi apu ruohonjuuritasolla, myös laajempi vaikuttaminen ihmisryhmiin ja Malawin valtion vanhuspolitiikkaan, on tärkeää, jotta vanhusten asemaan voitaisiin saada laajempialaisia parannuksia. Tämä tapahtuu jatkamalla ja kehittämällä yhteistyötä toisten vanhustyön toimijoiden ja Malawin valtion kanssa.

5.3 Hankkeen hyödynsaajat

Hankkeen päähyödynsaajia ovat Blantyn kaupungin Mcheren alueen n. 500 avuntarpeessa olevaa yli 60-vuotiasta vanhusta ja heidän huoltamansa AIDS-orvot. Lasten määrä ei ole tarkkaan tiedossa, mutta se on arviolta moninkertainen vanhusten määrään nähden. Suurin osa vanhuksista on naisia.

Muita hankkeesta hyötyviä ryhmiä ovat alueen kolmetoista kyläyhteisöä, jotka saavat apua vanhuksista huolehtimiseen ja joihin kohdistetaan muutosvaikuttamista koulutuksen avulla. Kyläpäälliköt ovat asemaansa kuuluvalla tavalla mukana kaikessa päätöksenteossa yhteistyössä kyläyhteisöjen kehittämistoimikuntien kanssa. He osallistuvat hankkeen toteutukseen lahjoittamalla kylälle maa-alueen ja tiiliä sairaala- ja hostellirakennuksia varten. Kyläyhteisöjen kaikki jäsenet hyötyvät klinikasta, koska hätätapauksen sattuessa ketään ei käännytetä ovelta. Hyötyä kyläyhteisöt saavat myös työllisyyden parantuessa. Kylään tarvitaan rakentajia, vartijoita, siivoojia ja puutarhureita. Työntekijät palkataan kyläyhteisöistä.

Hankkeesta hyötyy myös Malawin hallitus, joka saa seurata ja osallistua pilottiprojektiin, joka on sopusoinnussa maan poliittisten linjauksien kanssa. Malawin terveysministeriö on luvannut tarvittaessa asiantuntija-apua projektille ja ministeriön edustajat vierailevat säännöllisesti

kylässä seuraamassa hankkeen etenemistä. Blantyre alueen terveysasioista vastaavan virkamiehen (District Health Officer, DHO) kanssa on hankkeen alussa sovittu, että valtio voi käyttää osaa sairaalarakennuksen huoneista esim. paikallisen neuvolan, nk. alle 5-vuotiaiden klinikan, toimintaan. Tähän asti alueella on toiminut ”neuvolana” vain heinämajassa toiminut alkeellinen klinikka.

Muita hankkeesta hyötyviä tahoja ovat Kalibu Ministries itse, jonka kapasiteetti ja osaaminen vahvistuu, Kalibu Academyn yli 700 opiskelijaa, joita kasvatetaan vanhuksiin myönteisesti suhtautuviksi ja vanhusten asemaa aktiivisesti edistäviksi Malawin tuleviksi johtajiksi sekä suomalaiset Out of Africa ry:n vapaaehtoiset, joiden kehitysyhteistyökokemus karttuu ja elämä rikastuu afrikkalaiseen kulttuurin tuntemisesta.

5.4 Hankkeen riskit ja kestävyys

Kehitysyhteistyöhankkeessa, jota toteutetaan epävakassa kehittyvässä maassa, on paljon riskejä, jotka on otettava huolellisesti huomioon jo hanketta suunniteltaessa. Myös Suomen ulkoministeriö vaatii, että hankkeen riskit on kartoitettu ja kirjattu hankehakemuksessa.

(Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö -Hanketuen ohjeistus 2012, 23)

Köyhässä Malawissa turvallisuus ja varkauksien mahdollisuus on huomioitava alusta asti. Kylän ryöstöuhka torjutaan rakentamalla turva-aita kylän ympärille ja järjestämällä 24 h vartiointi. Hyvällä johtamisella ja lukollisilla varastoilla vähennetään sisäisten varkauksien määrää. Myös hyvä yhteinen omistajuus vähentää varkausriskiä. Taloudellinen turvallisuus varmistetaan kirjanpidon, tilintarkastuksen, hyvän valmistelun, koulutuksen ja riittävän raportoinnin avulla.

(Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö -Hanketuen ohjeistus 2012, 23)

Malawissa poliittiset asetelmat vaihtuvat nopeasti. Hallituksen tai presidentin vaihtuessa poliittisen tahdon puute voi hankaloittaa projektin toteutusta. Myös valuutan epävakaus ja hintatason nousu ovat mahdollisia. Hintojen noustessa myös projektin kustannukset nousevat, vaikka Suomesta saatu rahoitus pysyy samana. Riski minimoidaan seuraamalla tilannetta tarkkaan ja muutoksiin pyritään reagoimaan mahdollisimman nopeasti. Malawin päähankejohtaja tiedottaa poliittisista päätöksistä ja mahdollista valuutan epävakauksista Suomessa toimivalle hankkeen ohjausryhmälle hyvissä ajoin. Suomen ulkoministeriölle tiedotetaan viipymättä yhteisten ratkaisujen löytämiseksi.

Köyhässä Malawissa on pulaa kaikesta. Koska Malawissa ei juuri ole omaa teollisuutta, kaikki projektiin tarvittavat tarvikkeet tuodaan tuontitavarana ulkomailta. Hankkeelle aiheutuva riski minimoidaan hankkimalla ja lähettämällä Malawiin Suomesta kontti tai kontteja, joihin hankitaan maasta vaikeasti saatavia tarvikkeita ja rakennusmateriaaleja.

Koska afrikkalainen työkuultuuri ja -rytmi ovat erilaisia kuin länsimaissa. Paikalle lähetetään suomalainen vapaaehtoinen eläkkeellä oleva rakennustyönjohtaja toimimaan rakennustyön suunnittelijana ja johtajana ja työsuunnitelmassa varataan riittävästi aikaa toteutukselle. Sairaalaan palkataan paikallisista osaava, korkeakoulutettu henkilökunta. Malawissa on muutama hyvä yliopisto, josta valmistuu koulutettuja sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Heille järjestetään hankkeen edetessä myös lisäkoulutusta.

Riskinä on myös mahdollinen kateus niissä alueen asukkaissa, jotka eivät pääse toiminnan piiriin. Hankkeesta on tiedotettava alusta asti kyläpääliköille ja kyläläisille ja pidettävä kiinni selkeistä pelisäännöistä. Tilannetta helpottaa se, että ainakin osa toiminnasta on avointa kaikelle väestölle, kuten esimerkkinä hätätapausten hoito klinikalla ja yhteiset tapahtumat.

Kaikessa kehitysyhteistyössä olennaista on tulosten kestävyys ja toiminnan jatkuvuus. Vanha kiinalainen kansanviisaus : ”Jos mies on nälkäinen, älä anna hänelle kalaa, vaan opeta hänet kalastamaan” pitää sisällään kestävä kehityksen perusidean. ” Lesken Ropo” -hankkeen yhteiskunnallinen kestävyys varmistetaan jatkuvalla yhteistyöllä kyläyhteisöjen ja Malawin valtion kanssa. Hankkeen paikallinen koordinaattori osallistuu valtion kokoon kutsumien vanhusien asioita käsittelevien toimielinten toimintaan ja raportoi siellä ”Lesken Ropo” -hankkeen etenemisestä. Tällainen kokous oli esim. juuri ennen hankkeen käynnistymistä 18.12.2013 Lilongwessa pidetty MANEPO-kokous (Malawi Network of Elderly Peoples Organizations).

Hankkeen alussa laaditaan realistinen poistumis- eli exit-suunnitelma suomalaisten hankkeesta poistumiseksi. Exit-suunnitelma huomioidaan ensimmäisenä hankekautena suuntaamalla toimenpiteitä yhteistyöverkoston laajentamiseen ja rakentamiseen julkishallinnon suuntaan. Mahdollinen toinen hankekausi aloittaa exit-suunnitelman toimeenpanon.

Suomen Ulkoministeriön hankeohjeistuksen mukaan omistajuus tarkoittaa hankkeen hyödynsaajien sitoutumista hankkeeseen ja sen edellytyksenä on aito osallistuminen (Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö -Hanketuen ohjeistus 2012). Hankkeessa on luodaan hyvää omistajuutta osallistamalla sidosryhmiä hankkeeseen ja vahvistamalla näin hankkeen perusta mahdollisimman kantavaksi tulevaisuudessa ilman suomalaista osaamista ja työpanosta. Tähän pyritään myös suunnitelmalla hankintaketjut mahdollisimman suurelta osin paikallisiksi, varmistamalla huoltojen ja kunnossapidon toimivuus, palkkaamalla ammattitaitoisia paikallista työvoimaa sekä järjestämällä tarvittavaa koulutusta työnjohdon ja henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi. (Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö -Hanketuen ohjeistus 2012, 20.)

Toiminnan jatkuvuutta ja tulosten kestävyyttä pyritään takaamaan paikallista osaamista vahvistamalla, paikallisen varainkeruun käynnistämällä sekä kumppanijärjestön yritys yhteistyö-

tä vahvistamalla. Kalibu Ministries toimii hankkeen päätoteuttajana ja kehittää hankkeen aikana toimivaa rahoitusmallia, tiedottaa hankkeesta ja kerää lahjoituksia, jotta rahoitus on mahdollista saada tulevaisuudessa paikallisesti kantavaksi. Hankkeen jälkeen kylän toimintoja jatkaa Kalibu Ministries varoilla, joita kerätään yksittäisiltä lahjoittajilta ja yrityksiltä Malawista, Liettuasta, Englannista, Suomesta ja USA:sta. Myös Malawin hallitus halutaan mukaan hankkeen taloudelliseksi tukijaksi.

Heti hankkeen alussa laaditaan ympäristösuunnitelma, jota laatimaan otetaan mukaan myös Kalibu Academyn oppilaat. Kaikissa työprosesseissa huomioidaan kestävä kehitys ja ympäristön hyvinvointi valitsemalla, aina kun mahdollista, ekologisia energiamuotoja ja toiminnan vaihtoehtoja. Tulevaisuudessa kylään kehitetään myös vaihtoehtoisia energialähteitä esim. hankkimalla kylään aurinkopaneelit. Vastaavat ovat jo käytössä Kalibu Academyssä veden lämmityksessä. Biokaasua harkitaan yhtenä tulevaisuuden energialähteenä ja jätteet tullaan käsittelemään ekologisesti. Ympäristön kestävyys huomioidaan korvausistuttamisen muodossa. Jokaisen hakatun puun tilalle istutetaan uusi. (Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö - Hanketuen ohjeistus 2012, 21)

Hanketta seurataan ja arvioidaan jatkuvasti. Suomessa ohjausryhmä kokoontuu säännöllisesti, ja Malawiin tehdään myös seurantamatkoja kaksi kertaa vuodessa. Suomen hankevastaava on jatkuvasti yhteydessä sähköpostilla Malawin hankekoordinaattoriin. Suomen ulkoministeriölle laaditaan hankkeesta vuosittain väli- ja vuosiraportti budjettierittelyineen ja ulkopuolinen arvioija suorittaa loppuevaluoinnin viimeisenä vuonna hankkeen vaikutusten arvioimiseksi. (Onali, Palmula & Tuominen, 2013.)

5.5 Hankkeen toteutus vuoden 2013 aikana ja tulevaisuuden näkymät

Joulukuusta 2012 tammikuuhun 2013 jokainen alueen kolmentoista kylän 474 vanhuksesta rekisteröitiin. Paikalliset kyläpäälliköt lahjoittivat maa-alueen kylää varten. Alueen koko on n. kahdeksan hehtaaria ja alue luovutettiin Kalibu Ministriesin ja Out of African käyttöön Lesken Ropo -kylälle 99:ksi vuodeksi. Syksyllä 2012 Suomesta käytiin katsastamassa maa-alue ja luovutuksesta tehtiin alustavat epäviralliset paperit. Delegation saapuessa Lesken Ropo -hankkeelle luvatussa maa-alueella alueen toisesta reunasta olikin lohkaistu sateiden alettua jollekin kyläläiselle viljelyalaa, kun he olivat kyllästyneet odottamaan ja arvelivat, että emme haluakaan maata. Hankkeen alkaminen on varmasti aiheuttanut keskusteluja kyläyhteisössä.

Maa-alueen lahjoituksesta tehtävien papereiden virallistaminen vei aikaa ja viivästytti hankkeen rakentamisen alkamista. Oli olennaisen tärkeää, että paperit kävivät läpi kaiken tarvittavan virkamieskäsittelyn, ettei tulevaisuudessa omistusoikeudesta tarvitsisi käydä kiistaa ja

mahdollisesti koko maa-aluetta menetettäisi. Virallinen vahvistus papereille saatiin vasta toukokuussa, minkä jälkeen klinikan rakentaminen päästiin aloittamaan nopeasti.

Kun kyläpäälliköt huomasivat, että hanketta ollaan tosissaan toteuttamassa, he koettivat aluksi saada hankkeesta henkilökohtaista hyötyä. Heidän kanssaan täytyi alkuun pitää vakavia tapaamisia ja selvittää se tosiasia, että kylä tulee olemaan nimenomaan heidän oma etunsa mukainen ja aloittamisen vaikeuttaminen vaikuttaa koko projektin onnistumiseen. Muita mahdollisia ongelmia vuoden 2013 aikana olivat kova inflaatio ja sen seurauksena hintojen nousu. Ajoittaista pulaa oli myös bensiinistä, mikä on vaikeuttanut mm. työntekijöiden liikkumista.

Hanke käynnistettiin helmikuussa 2013 istuttamalla maalle puut ja kaivamalla kaivo. Paikallisen vanhuksien olivat mukana istuttamassa puita, ja kaivoa varten perustettiin erityinen kylän kehittämistoimikunnan jäsenistä koostuva kaivotoimikunta. Kaivotoimikunnan työnkuvaan kuuluu pitää huolta siitä, että jokaisella on mahdollisuus tulla kaivolle ja huolehtia siitä, ettei kaivoa rikota.

Toukokuussa 2013 kyläalueella järjestettiin suuri vanhustapahtuma. Kalibu Academyn oppilaat keräsivät taskurahoistaan kolehdin, jolla saatiin tarjottua aterioita vanhuksille tapahtumassa. Mukana tapahtumassa oli myös viereisen ala-asteen oppilaita, Kalibu Academyn opettajia ja opiskelijoiden vanhempia sekä Kalibu Ministriesin lähetystyöntekijöitä.

Vuoden 2013 aikana rakennettiin sairaala. Kolme hoitajaa ja lääkäri palkattiin klinikalle. Suurin osa rakennustyövoimasta palkattiin kylän asukkaista.



Kuva 2: Sairaala rakennusvaiheessa vuoden 2013 lopulla

Suomessa Lesken Ropo -projekti sai vuoden 2013 aikana eri yhdistyksiltä ja yrityksiltä mittavia lahjoituksia uutta ja käytettyä tavaraa. Hankkeelle lahjoitettiin mm. kaksi konttia kunnostettuja sairaalavälineitä ja huonekaluja sairaalaan kalustukseksi sekä suuri määrä silmälasia. Malawin päässä viranomaiset lupasivat tukeaan ja antoivat verohelpotusta kontin tullausmaksuihin, koska sisältönä oli sairaalavälineitä ja -tarvikkeita. Suomessa hankkeesta myös tiedotettiin aktiivisesti. Facebook -sivusto aukesi heti tammikuun alussa 2013. Hoivapalvelu-lehti, joka tavoittaa yli 30 000 henkilöä julkaisi numerossa 5/13 jutun projektista. Leskenropo.fi -nettisivut aukesivat toukokuussa. Samassa yhteydessä projektille avattiin ”kauppa”, jossa ihmiset voivat ostaa kanan, vuohen tai ankan yms. ja näin lahjoittaa rahaa hankkeen toteutukseen. Samalla lanseerattiin myös ”Ryhdy kummiksi vanhukselle”-kampanja. Nettisivujen kautta on mahdollisuus ryhtyä kummiksi Malawilaiselle vanhukselle 25 eurolla kuukaudessa. Hankkeesta myös suunniteltiin ja painatettiin esite ja marraskuussa 2013 suunniteltiin joulukampanja ”Anna Joulua vanhukselle”, johon liittyen julkaistiin radiomainos-sarja Radio Dei:llä.

Kesällä 2014 kävin vietettiin sairaalan avajaisia. Tilaisuus oli hieno ja juhlallinen. Paikalla oli useiden kymmenien vanhusten ja ala-asteen koululaisten lisäksi Kalibu Academyn opiskelijoita, Kalibu Ministriesin johtoa, suomalaisia Out of Africa ry:stä sekä Malawin hallituksen edustajia. Tilaisuudessa nähtiin lauluesityksiä, juhlapuheita ja paljastettiin sairaalan perustamistaulu. Paikallinen media oli paikalla kuvaamassa ja tekemässä haastatteluja kansalliseen televisioon ja lehtiin. Osa sairaalarakennuksesta oli jo ennen avajaisia luovutettu Malawin valtion käyttöön ja tiloissa tehtiin jo vauhdilla ympärileikkauksia paikallisille miehille HIV-tartuntojen ehkäisemiseksi. Varsinaisten avajaisten jälkeisenä aamuna sairaala avasi ovensa vanhuksille.

Rakentaminen jatkuu samalla, kun sairaala on jo täydessä toiminnassa. Kuntoutus-, toimeentulo- ja koulutusohjelmat on käynnistetty ja niissä edetään suunnitelmien mukaisesti erilaisista haasteista huolimatta. Vuoden 2014 aikana on rakennettu hotellirakennus, jonka käyttötarkoitus on hankkeen edetessä muuntunut sairaalan eristysosastoksi. Jatkossa hankkeelle mahdollisesti haetaan hankerahoitusta seuraavalle kolmivuotiskaudelle, jolloin toimintoja kehitetään, vakiinnutetaan ja varmistetaan hankkeen kestävyys ja toiminnan jatkuminen vahvalla pohjalla myös tulevana vuosina.



Kuva 3: Sairaalaan palkattu lääkäri upouusissa osastotiloissa

6 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata köyhien malawilaisten vanhusten elämää ja heidän kohtaamiaan arjen haasteita sekä tuoda näkyviin Suomen ulkoministeriön tukemaa kehitysyhteistyötä. Tavoitteena on myös löytää kehittämis ehdotuksia ”Lesken Ropo”-hankkeen jatkoa varten.

Aihe on rajattu vastaamaan terveydenhoitotyön painopistealueita terveyden sekä terveen ja turvallisen elinympäristön edistämiseen. Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Minkälaisia terveysongelmia malawilaisilla vanhuksilla on?
- 2) Minkälaisia ovat malawilaisten vanhusten elinympäristöön liittyvät ongelmat?

7 Tutkimuksen toteutus

7.1 Tutkimuksen etiikka

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Niiden pohtiminen kuuluu myös tutkijalle. Tutkimuksen tekijän on pohdittava tutkimuksen tekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.) Jotta tieteellisen tutkimuksen voidaan sanoa olevan eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja myös tuloksiltaan uskottavaa, tutkimus on tehtävä noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa 2006, 3).

Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat ensisijaisia eettisiä arvoja ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa tutkimuksessa sitä, että varmistetaan tutkittavan halukkuus vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseen ja hän myös saa sen arvioimiseksi riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen tavoitteista. Tämä tarkoittaa, että tutkittavaa tulee informoida etukäteen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, tutkimusaineiston käsittelyn luottamuksellisuudesta ja tutkittavien yksityisyyden suojasta. (Tutkittavien informointi 2015.)

Eettisenä ongelmana tutkimuksessa nousi esiin kysymys vanhusten vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetistä (Tutkittavien informointi 2015). Vanhukset tiesivät, että rekisteröintihaastattelu toteutettiin tarkoituksena valita hankkeeseen mukaan pääsevät hyödynsaajat. Ymmärrettävästi heidän epätoivoisella elämäntilanteellaan ja toiveella päästä mukaan hankkeeseen, saattoi olla oli vaikutusta vastauksiin. ”Baseline Survey” -haastattelun aluksi vanhusten itsemääräämisoikeus ja hyvä tutkimuskäytäntö huomioitiin siten, että paikalle tulleille vanhuksille kerrottiin tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus, ja että voivat osallistua tutkimukseen nimettömänä. (Liite 2).

Mikäli tutkimuksessa tulee esiin arkaluontoista tietoa, tutkijan tulisi pystyä käsittelemään tieto anonyymisti ja suojelemaan tutkittavaa henkilöllisyyden paljastumiselta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). HIV -positiivisuus on asia, josta tartunnan saanut ihminen harvemmin haluaa ääneen puhua, tai ainakin siitä puhuminen vaatii vahvan luottamuksellisen suhteen haastattelijan ja haastateltavan välille. Kalibu Ministriesin tiimiläiset halusivat jättää ”Baseline Survey” -lomakkeesta pois erillisen kysymyksen HIV-positiivisuudesta. Ratkaisu oli oikea, koska haastattelupaikalla myös suomalaiselle tutkijalle selvisi, että arkaluontoista tietoa kertovaa haastateltavaa olisi ollut haastattelun aikana vaikea suojella. Haastattelupaikalla vanhukset olivat kerääntyneet yhteen yhteisökuultuuriin kuuluvalla tavalla ja he luonnollisesti koittivat päästä mahdollisimman lähelle haastattelijaa ja haastateltavaa. Kuulomatkan pitäminen joissakin paikoissa oli mahdotonta. (Kuva 3.)

7.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tutkimusote on laadullinen. Hirsjärven ym. (2007, 159-160) mukaan kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavia on yleensä vähemmän kuin määrällisessä tutkimuksessa ja otannan valinnassa käytetään harkintakykyä. Tutkimuksessa tunnustetaan, että tutkija ja tutkittava vaikuttavat aina toisiinsa ja tutkija myös muokkaa tutkimuksensa kohdetta. Kvalitatiivisen aineiston käsittely voi tapahtua myös kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 157; Suoniemi- Särkijärvi 2010; Eskola & Suoranta 1998, 13 -18.)

Tutkimus jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen tutkimusosuus toteutettiin osana Mcheren alueen 13 kylän vanhusten rekisteröintiä ”Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin -hankkeen hyödynsääjiksi. Jokainen alueen 473:sta vanhuksesta kuvattiin ja heidän elämäntilannettaan selvitettiin haastattelemalla. Toinen, ”Baseline Survey” -nimellä kulkeva haastattelututkimus, tehtiin pohjatutkimukseksi helpottamaan hankkeen vaikuttavuuden arviointia rahoituskauden lopussa v. 2015. Haastattelut suunniteltiin ja toteutettiin monikulttuurisena ja -ammattillisena yhteistyönä paikallisen kumppanijärjestön Kalibu Ministriesin työntekijöiden kanssa.

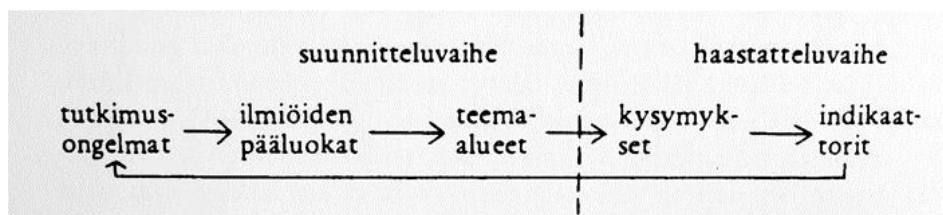
Hirsjärven ja Hurmeen (1993, 13-22) mukaan tiedonkeruumenetelmän käytön tulee olla perusteltua. Tiedonkeruumenetelmiä ovat esim. teemahaastattelu, kyselylomakemenetelmä, havainnointi tai fysiologiset mittaukset. Tärkein kriteeri menetelmää valittaessa tulisi olla sen soveltuvuus kyseessä olevan ongelman ratkaisuun. Muina seikkoina tulisi ottaa huomioon mm. taloudellisuus, tarkkuus ja tehokkuus. Haastattelu tietojenkeruumenetelmänä voi olla kallis. Hintaa esim. postikyselyyn verrattuna nostavat tutkijoiden ja tutkimusavustajien mahdolliset polttoainekulut, palkkakustannukset, materiaalikulut ja haastateltaville mahdollisesti maksettavat korvaukset.

Molemmat tutkimukset päätettiin toteuttaa haastattelu muotoisina, koska luku- ja kirjoitustaidottomat vanhuksat eivät olisi osanneet vastata kirjallisiin kyselylomakkeisiin. Koska avointa haastattelua ei voitu käyttää kielikysymyksen takia ja resurssit olivat rajalliset, haastattelut päätettiin toteuttaa teemahaastatteluna puolistrukturoitua haastattelulomaketta käyttäen. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 29.)

Ruusuvuori ja Tiittulan mukaan (2005) haastattelu on yleensä kahden henkilön välinen vuorovaikutustilanne, jossa välineenä käytetään kieltä. Haastattelun pohjana on tutkijan kiinnostus tutkittavaa ilmiötä kohtaan ja siksi tutkija myös ohjaa tai suuntaa keskustelua haluttuun suuntaan saadakseen vastauksia etsimiinsä kysymyksiin. (ks Hannila & Kyngäs 2008, 4). Haastattelujen teko vaatii huolellista suunnittelua ja siihen voi sisältyä monia virhelähteitä, jotka voivat johtua joko haastateltavasta, haastattelijasta tai itse tilanteesta. Luotettavuutta voi vähentää myös vastaajan taipumus antaa suotavia vastauksia. Haastateltava saattaa myös kokea haastattelun uhkaavana tai pelottavana. (Hirsjärvi ym. 2007, 201).

Käytetyin haastattelulaji on lomakehaastattelu, jossa haastateltavaa haastatellaan lomakkeen mukaan ja haastattelija kirjaa vastaukset muistiin haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 29). Lomakehaastattelun etuja ovat haastattelun suorittamisen helppous ja lyhyt aika yhtä vastausta kohti. Toisaalta vaikeutena on haastattelulomakkeen ja kysymysten muotoilu siten, että jokainen vastaaja ymmärtäisi asian samalla tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 29-30.) Smith (1975) käyttää lomakkeen ja avoimen haastattelun välimuodosta nimitystä puolistrukturoitu haastattelu (ks. Hirsjärvi & Hurme 1993, 35.)

Tutkimuksiin laadittiin haastattelun pohjaksi lomakkeet: rekisteröinnin yhteydessä toimi rekisteröintilomake (Liite 1.), joka oli avoimempi kuin ”Baseline Survey” -tutkimuksessa käytetty strukturoidumpi kysymyslomake (Liite 2.). ”Baseline Survey” -lomaketta laadittaessa aluksi mietittiin nk. teema-alueet, jotka laadittiin hankkeen tavoitteiden mukaan ja ne jaoteltiin vielä ”Lesken Ropo” -hankkeen osa-alueiden mukaan neljään osaan siten, että kysymyksistä osa käsitteli vanhusten taloudellista tilannetta (vrt. toimeentulo-ohjelma), osa syrjintää ja kaltoin kohtelua (vrt. koulutus- ja vaikuttamisohjelma), osa liittyi terveyteen (vrt. klinikka) ja osa kuntoutukseen (vrt. kuntoutusohjelma).



Kuva 4: Teema-alueet tutkimuskokonaisuudessa (Hirsjärvi & Hurme 1993, 42.)

Suppeampi, ensin toteutettu rekisteröintihaastattelu toimi hyvin Hirsjärvi & Hurmeen (1993, 16) suosittelemalla tavalla jälkimmäisen ”Baseline Survey” -lomakkeen laatimisvaiheessa kysymysten terävöittämisen apuna. Strukturoidun lomakkeen etuina ovat mm. kiinteä kysymysten muotoilu, pienempi työmäärä analysointivaiheessa ja vastausten saaminen useisiin kysymyksiin yhdellä kertaa (Hirsjärvi ym. 2007, 188-197).

Ihmisen muisti on rajallinen ja ilman tapahtumien dokumentointia asioiden mieleen palauttaminen saattaa myöhemmin olla hankalaa, ellei mahdollonta. Projektipäiväkirja voikin siksi olla arvokas työkalu palattaessa päätöksenteon juurille (Silfverberg 2011, 51). Päätin kirjoittaa tutkimusten ajan projektipäiväkirjaa, johon kirjasin jokaisen päivän päättyessä päivän tapahtumat mahdollisimman tarkasti.

Kirjallisen dokumentoinnin ohella kuvalliset dokumentit ovat helppo tapa säilöä tietoa, joka on löydettävissä vaivattomasti. Kolehmainen (2010, 3) mukaan valokuva onkin perinteisessä muodossaan dokumentti, jossa pohjamateriaaliin on kiinnitetty informaatiota. Rekisteröinnin yhteydessä jokainen vanhus kuvattiin. Lisäksi otin kuvia haastattelutilanteista ja kävin läheisessä kylässä myös kuvaamassa vanhuksia omassa elinympäristössään.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Eskola & Suoranta 1998, 13 -18). Koska tarkoituksena oli rekisteröidä kaikki Lesken Ropo-vanhuskylä Malawiin -projektiin mukaan pääsevät vanhukset, tutkimuksen ensimmäiseen

osaan valittiin koko perusjoukko. Tutkimuksen toisessa, ”Baseline Survey” -osassa valittiin otanta, joka edusti mahdollisimman kattavasti koko perusjoukkoa. Haluttiin, että jokainen kylä tulisi edustetuksi, koska kylien sijainnilla saattoi olla merkitystä esim. kyläläisten veden- saannille. Käytännön syistä kyläpäälliköt poimivat otoksen siten, että jokaisen kylän päällikkö lähetti omasta kylästään haastattelupaikalle paikalle viisi vanhusta. Taulukosta 2. näkyy, että Makwale, Mbera ja Kampaka -kylien otannassa tapahtui poisjäämistä ja toisaalta Hwayo ja Kaipaka -kylistä otantaan tuli mukaan yksi vanhus enemmän.

7.3 Rekisteröintihaastattelu

Ensimmäinen tutkimusosuus liittyi Mcheren alueella olevan 13 kylän vanhusten rekisteröintiin ”Lesken Ropo” - vanhuskylä Malawiin -hankkeen hyödynsaajiksi. Tarkoitus oli tehdä hankkeen mukaan otetuista vanhuksista kortisto sairaalaa varten, jotta tulevat avustukset voidaan kohdentaa oikein (Liite 3.) Jokainen vanhus haastateltiin kysellen lyhyesti heidän elämänsä historiastaan ja nykytilanteesta sekä huollettavana olevien orpolasten määrästä (Liite 1.; Kuva 3). Rekisteröinnin yhteydessä päätettiin myös kuvata jokainen vanhus myöhempien väärinkäytösten välttämiseksi hankkeessa.

Tapaamisiin valmistauduttiin siten, että yhteistyönä paikallisen hankekoordinaattorin kanssa laadittiin haastattelukaavake sen perusteella, mitkä tiedot olivat tässä perustietojen keräysvaiheessa olennaisia hankkeen käynnistämisen kannalta. Päädyttiin siihen, että aluksi vanhuksen nimi, ikä, vanhuksen huollossa olevien orpojen määrä, tämänhetkiset terveysongelmat ja lyhyt elämänsä historia olivat hankkeen kannalta olennaisia tietoja. Hankekoordinaattorin kanssa sovittiin suullisesti, että elämänsä historiaan sisällytettäviä asioita voisivat olla mm. perhetilanne yleisesti, asumiseen liittyvät asiat ja nykyinen toimeentulo.

Kalibu Ministriesin hankekoordinaattori oli yhteydessä alueella vaikuttavaan kansanedustajaan, joka taas oli yhteydessä alueen T/A:han ja kyläpäälliköihin. Kyläpäälliköt organisoivat tapaamiset kylän kehittämistoimikunnan jäsenten avulla, niin että useamman kylän vanhukset saatiin rekisteröityä kerralla. Näin rekisteröintipäivät vähenivät kolmestatoista neljään. Tapaamisia varten jauhatettiin paikallisella myllyllä maissia, joka otettiin mukaan kuorma-auton lavalle ja jaettiin osallistujille. Koska tapaamiset olivat hyvä mahdollisuus jakaa samalla perille tulleita avustuksia, myös USA:sta tullut vaateapu jaettiin paikalle tulleille vanhuksille. Malawissa olisi suorastaan loukkaavaa, jos haastattelut tehtäisiin ilman jonkinlaista ”lahjaa” paikallisille.



Kuva 5: Ensimmäinen rekisteröintipäivä Mcheressä

Rekisteröintipäivät sujuivat hyvin. Haastattelijoille oli järjestetty penkit, ja vanhusväki istui tapansa mukaan maassa ryhmänä. (Kuva 1.) Kylien kehittämistoimikuntien jäsenet olivat hyvin onnistuneet järjestämään vanhusten tulon paikalle. Monille vanhuksille matka oli varmasti rasittava kuumuuden keskellä, vaikkakin tapaamispaikat oli ilmeisesti järjestetty siten, että ne olivat suunnilleen samaa matkan päässä kaikista kolmesta kylästä. Hankkeen paikallinen hankekoordinaattori ja minä toimimme haastattelijoina. Tulkinani toimi yksi kylien kehittämistoimikunnan jäsenistä. Paikalla oli tietysti myös alueella vaikuttavan kansanedustajan kannattajajoukkoa ja kyläpäälliköt vaimoineen haastatteluvuorossa olevista kylistä. Pitkien päivien lisäksi ongelmaksi muodostuivat ainoastaan muutamat paikalle tulleet nuoremmat kuin 60-v. hankkeen hyödynsääjiksi pyrkivät ehdokkaat, joita ei voitu hyväksyä hankkeeseen mukaan. Paikallinen hankekoordinaattori keskusteli heidän kanssaan ja joillekin annettiin kupillinen maissijauhoa yleisen rauhan takaamiseksi.

Rekisteröintipäivien lopuksi samana ja seuraavina iltoina vanhusten kuvat ja haastatteluaineisto tallennettiin kameralta ja lomakkeilta tietokoneelle PowerPoint-tiedostoihin, joista rakentui kyläkohtainen ”kortisto” hankkeeseen mukaan otetuista vanhuksista. Lomakkeet numeroitiin haastattelujärjestyksessä, joten kamerassa numerojärjestyksessä olevat kuvat pystyttiin liittämään oikeisiin lomaketietoihin.

7.4 “Baseline Survey” -haastattelu

”Baseline Survey” -haastattelututkimus, tehtiin pohjatutkimukseksi helpottamaan hankkeen vaikuttavuuden arviointia rahoituskauden lopussa v. 2015. Lomakkeen kysymykset syntyivät paitsi aiemmin saadun paikallisen Kalibu Ministriesin ja suomalaisen Out of Africa ry:n kokemus- ja teorian tiedon, myös rekisteröinnissä esiin nousseiden puutteiden pohjalta. Kysymyksiä

syntyi tiimin yhteistyönä yhteensä 27 hankkeen tavoitteiden mukaan ja ne jaoteltiin vielä hankkeen toteutuksen osa-alueiden mukaan (toimeentulo-ohjelma, koulutus- ja vaikuttamis-ohjelma, klinikka ja kuntoutusohjelma). Käytössä oli puolistrukturoitu kysymyslomake, joka sisälsi sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Kalibu Academy -koulun lehtori puhtaaksikirjoitti lomakkeen käännöksineen sekä englannin että chitzewan kielellä (Liite 2).

Vanhusten taloudellista tilannetta kartoitettiin mm. kysymyksillä mahdollisista kotieläimistä ja niiden määrästä taloudessa, vuoden 2011 - 2012 satokaudelta saadusta sadon määrästä ja sen kestosta ja käytöstä. Myös vanhusten talojen kuntoa ja niihin mahdollisesti tehdyistä korjauksista kysyttiin. Koulutus ja vaikuttamisohjelman osuuden kysymyksiin sisältyi kysymyksiä yhteisön suhtautumisesta vanhuksiin yleensä ja heidän kohtaamastaan mahdollisesta kaltoin kohtelusta sekä mahdollisuudesta vaikuttaa päätöksentekoon yhteisössään sekä sosiaalisesta kanssakäymisestä yleensä. Terveyttä koskeviin kysymyksiin sisältyi kysymyksiä terveydenhuoltopalveluista ja niiden käytöstä, kivuista, liikkumisesta, näön ongelmista, malariasta ja moskiittoverkkojen käytöstä sekä veden ja proteiinipitoisen ravinnon saannista. (Liite 2.)

”Baseline Survey” -tutkimukset toteutettiin kolmena eri päivänä. Tiimissä oli mukana paikallinen hankekoordinaattori, Kalibu Academy -koulun psykologian lehtori, kaksi muuta opettajaa ja yhden opettajan vaimo. Tilanteen aluksi yksi psykologian lehtori luki tutkimuspaikalle kokoontuneille vanhuksille kyselylomakkeen lähetesivun ja sen jälkeen vielä kysymyksiin varmistettiin, että kaikki ymmärtävät nimettömyyteen, vaitioloon ja salassapitoon liittyvät seikat sekä tutkimuksen tarkoituksen. Sen jälkeen tiimi jakaantui kahteen ryhmään, ja paikalle tulleet vanhukset haastateltiin.

Vanhusten haastattelujen aikana käytössäni oli tulkki, jollaisena toimi koulun lehtorin vaimo. Puhuin tulkille englantia ja tulkki käänsi puheeni vanhuksille chitzewan kielelle. Kirjasin vastaukset haastattelulomakkeeseen avoimiin kysymyksiin englanniksi. Samoin tekivät myös muut tiimiläiset. Majapaikkaan palattuani kirjasin heti päivän tapahtumat projektipäiväkirjaan ja seuraavana päivänä syötimme koulun opettajan kanssa lomakkeille kirjatut vastaukset SPSS-ohjelmaan, joista opettaja teki vielä myöhemmin koosteen käytettäväksi hankkeen loppuevaluoinnin suunnittelua varten. Em. koostetta en hyödynnä tässä raportissa vaan analysoin aineiston rekisteröintikortiston ja vastauslomakkeiden pohjalta. Vastauslomakkeet säästin ja toin palattuani Suomeen.

Baseline Survey tutkimukseen osallistui 59 vastaajaa, joista 31 oli naisia ja 27 miehiä.

Kylät	Vanhusten määrä kylässä	Baseline Survey - tutkimukseen osallistuneiden määrä
1. Makwale	16	3
2. Chimowa	46	5
3. Herema	15	5
4. Hwayo	44	6
5. Kaipa	44	6
6. Kampaka	28	4
7. Kandiwo	76	5
9. Mbera	32	4
10. Mchere	85	5
11. Mpenda	18	5
12. Juliasi	12	5
13. Post	58	5
Yhteensä	474 vanhusta	59 vanhusta

Taulukko 2: Hankkeeseen mukaan rekisteröidyt vanhukset ja Baseline Study -tutkimukseen osallistuneiden määrät kylittäin

7.5 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysin on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta, 1998, 138). Vaikka perinteiset laadullisen aineiston analyysit ovat usein deskriptiivisiä eli kuvailevia, niiden ei välttämättä tarvitse olla sitä. Aineistoa voidaan tyypittää, teemoitella, eritellä tai käyttää diskursiivista, keskustelevaa tai kvantitatiivista analyysitekniikkaa (Eskola & Suoranta, 1998, 161). Poolin (1959) mukaan sisällön analyysi voi olla paitsi laadullista myös määrällistä. Molemmissa tapauksissa analyysia ohjaavat tutkimuksen suunnitteluvaiheessa alustavasti asetetut hypoteesit ja keskeisiksi havaitut käsitteet (ks. Hirsjärvi & Hurme 1993, 115). Glaserin ja Straussin (1968) mukaan tutkija voi muuttaa kvalitatiivisen aineiston kvantitatiiviseen muotoon ja koota, arvioida ja analysoida tiedot niin, että saa todisteen tiettyyn oletukseen. (ks. Hirsjärvi & Hurme 1993, 116).

Hirsjärvi ym. (2007, 174) mukaan opinnäytetyötä tekevän opiskelijan aineiston kokoa ja edustavuutta määrittelee ennen kaikkea käytettävissä oleva aika. Rekisteröinti- ja Baseline Survey -tutkimuksen aineistojen määrät olivat opinnäytetyötäni varten liian suuria. Jotta kuitenkin pystyin saamaan riittävästi vastauksia tutkimuskysymyksiini, ja toisaalta myös otoksen määrä

olisi riittävä tutkimuksen validiteetin osalta, päätin poimia analysointia ja raportointia varten riittävän edustavan otoksen molemmista haastatteluista. Validiteettihan tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä mitata kattavasti juuri sitä, mitä sen täytyisi mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Päättelin, että n. 1/3 - 1/4 osa koko joukosta olisi riittävä. Rekisteröintihaastattelun osalta arvoin kolmentoista kylän joukosta neljä kylää, joiden aineistoa lähdin analysoimaan. (Taulukko 3).

Aineistolähtöinen eli induktiivinen menettelytapa on tavallinen laadullisessa tutkimuksessa. Menetelmää kutsutaan aineistolähtöiseksi, koska aineiston analysoinnissa edetään aineistosta nousevasta yksityisestä tiedosta yleiseen. Vastakohtana on teorialähtöinen analyysi, jossa eteneminen tapahtuu yleisestä yksityiseen. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkijalla saa olla olemassa etukäteistietoa ja olettamuksia tutkittavasta kohteesta, mutta niiden ei anneta häiritä, vaan teemojen annetaan nousta aineistosta itsestään. Eskola ja Suoranta (1998, 153) mainitsevat myös teemahaastattelussa käytetyn teemahaastattelurungon, jota voidaan käyttää aineiston luokittelun apuna. Silloin esille seulotaan sellaisia tekstikohtia, jotka kertovat kyseisistä asioista.

Tutkimus ei ole valmis vielä silloin, kun tulokset on analysoitu, vaan ne pitää vielä selittää ja tulkita. Eskola ja Suoranta (1998, 147) toteavat, että laadullisen tutkimuksen ongelmallisin vaihe on tulkintojen tekeminen. Hirsjärven ym. (2007, 224) mukaan tuotoksista pitäisi pyrkiä laatimaan synteesejä. Synteesi tarkoittaa, että tuloksista löytyy kaksi tai useampi asiaa, jotka yhdessä muodostavat uuden asian, joka samalla vastaa asetettuun tutkimusongelmaan. Tulkintojen tekemiseen ei ole kuitenkaan varsinaisesti olemassa mitään muodollisia ohjeita, vaan tulkintojen hedelmällisyys on ennemminkin kiinni tutkijan mielikuvituksesta.

Analysoin aineiston luokittelemalla sisältöä ensin aineistolähtöisesti ja kuvaamalla sitten tulokset määrinä ja suorina lainauksina kirjatuihin teemahaastattelurungon mukaisista haastatteluvastauksista. Osan määristä esittelen taulukkoina ja kuvioina, jotta tulokset voi ymmärtää paremmin ja kokonaiskuvan hahmottaminen on helpompaa. Pohdintaosuudessa tarkastelen tärkeimpiä tuloksia ja esitän niiden pohjalta myös kehittämis ehdotuksia.

Aloitin aineiston analysoinnin laskemalla tietokoneellani olevasta PowerPoint-kortistosta Chimowan, Hereman, Makwalen ja Mbelan kylän rekisteröintitiedoista, kuinka monella vanhuksellä oli tutkimushetkellä huollettavanaan orpolapsia ja jatkoin laskemalla huollettavien orpojen yhteismäärän kylittäin. Jaottelin määrän vielä miesten ja naisten antamiin vastauksiin. Näin sain selville, kuinka moni vanhuksista on orpolasten huoltaja ja missä kylissä orpoja on eniten.

Seuraavaksi siirryin vanhusten terveyteen liittyviin vastauksiin ja lähdin copy-paste-tekniikalla poimimaan rekisteröintilomakkeiden vastauksista luodusta PowerPoint -kortistosta erilliseen dokumenttiin vanhusten vastauksia heidän terveydentilastaan. Jaottelin vastaukset myös kyllittäin ja sukupuolen perusteella. Tulostin dokumentin ja silmäilin vastaukset läpi saadakseni yleiskuvan eniten esiintyvistä sairauksista. Jo yleissilmäyksen perusteella löysin muutamia sairauksia, jotka toistuivat useimmin. Valitsin niille värikoodit ja väritin ne sairauksittain paperille ja laskin niiden esiintyvyyden jälleen kyllittäin ja sukupuolen perusteella. Koska halusin vielä vahventaa havaintojani rekisteröinnissä useimmin esiin nousseista sairauksista, etsin vastauksia niiden perusteella myös ”Baseline Survey” -haastattelussa saaduista vastauksista.

Sairauksia käsitteleviä kysymyksiä olivat ”Baseline Survey” -lomakkeen kysymykset 18, 20, 21 ja 22, joissa vastaajat kertoivat kipuihin, silmävaivoihin, malariaan ja veden saantiin liittyvistä ongelmista. Kysymykset jotka otin mukaan olivat:

- 18. Do you suffer any body pains?
- 20. Do you have problems with your eyesight?
- 21. Have you had malaria during this past 2012 year?
- 22. Do you use mosquito nets?

(Liite 2.)

Syynä kysymysten 21. ja 22. muotoilulle oli Malawin valtion malarian vastainen projekti, jossa edellisenä vuonna valtion työntekijät olivat jakaneet moskiittoverkkoja alueen asukkaille. Kysymyksillä haluttiin tarkistaa, onko vanhuksilla edelleen käytössään saadut verkot ja onko verkkojen jakamisella ollut vaikutuksia malariaan sairastavuuteen.

Rekisteröintilomakkeen kohdan ”Brief History” eli elämänhistoria analysointi oli haastavampaa huomattavasti enemmän variaatiota sisältävien vastausten vuoksi. Koska Hirsjärvi ja Hurmeen mukaan (2000, 141) laadullinen aineisto voidaan purkaa myös teema-alueittain, lähdin poimimaan aineistosta yleisimmin nousevia ilmiöitä kopioimalla taas copy-paste-tekniikkaa käyttäen niitä yhteen (ks Hannila & Kyngäs 2008.) Ilmiöitä olivat esim. vanhusten tekemät työt, asunnon kunto ja kertomukset kuolleista lapsista. Suorat lainaukset käänsin tulosten tarkasteluosioon suomen kielelle.

8 Tulokset

8.1 Tutkimuksen kohdejoukko

Rekisteröintihaastatteluun vastaajia oli poimimassani neljän kylän otoksessa Chimowassa, Heremassa, Makwaleessa ja Mbelassa yhteensä 109, joista naisia 82 ja miehiä 27. (Taulukko 2.) Vastaajien ikähaarukka oli heidän oman ilmoituksensa mukaan n. 60 - 91 v.

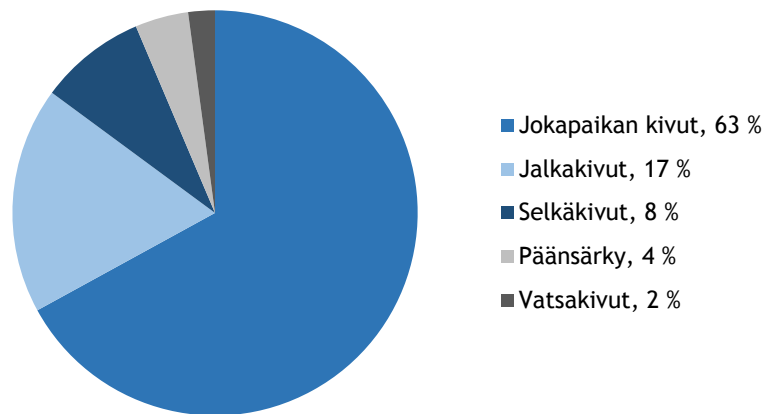
Baseline Survey -haastattelussa vastaajia oli 17. Jostain syystä vastauslomakkeita puuttui Heremasta yksi ja Makwalesta kaksi. Huomioin tuloksissa siis 14 vastaajan vastaukset.

Kylät	Rekisteröinti, vastaajien määrä	Baseline Survey, vastaajien määrä	Puuttuvia Baseline Survey-lomakkeita
Chimowa	46	5	-
Herema	15	5	1
Makwale	16	3	2
Mbela	32	4	-
Yhteensä	119	17	3

Taulukko 3: Aineiston analyysiin poimitut vastaajien määrät kylittäin.

8.2 Terveysteen liittyvät ongelmat

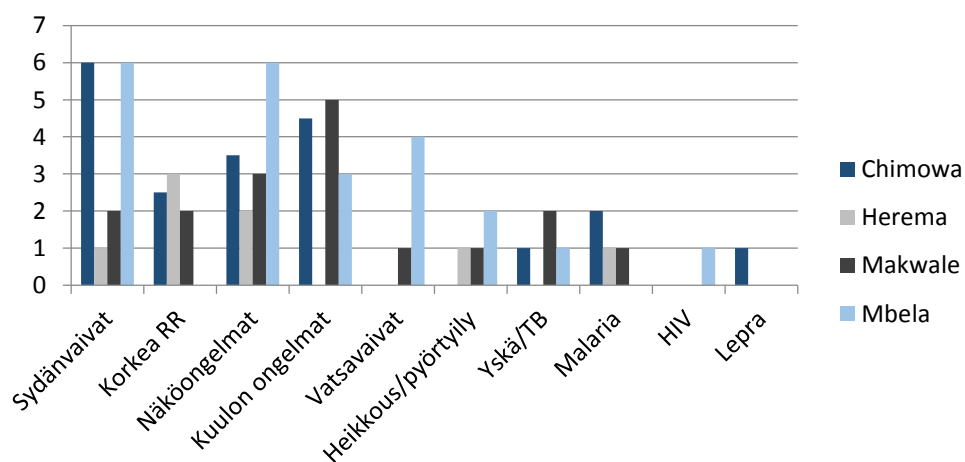
Kysyttäessä terveystilanteesta rekisteröintihaastatteluun vastaajista ylivoimaisesti suurin osa ilmoitti vaivoikseen erilaisia kipuja. 109 vastaajasta 69:llä oli joka paikan kipuja. Joka paikan kivuista kärsivien määrä oli siis 63 prosentilla vastaajista. Muita kipuja, joita he toivat esiin, olivat jalkakivut, selkäkivut, kivut käsissä, päänsärky ja vatsakivut. Selkäkipua valittaneista vastaajista seitsemän yhdeksästä oli Mbelan kylän naisia. Vatsakipujen osalta sisällytin tuloksiin myös kaksi sellaista vastaajaa, jotka kertoivat oksentelevansa usein. Vatsavaivoista 80 prosenttia oli Mbelan kylästä. Vain viidentoista haastateltavan vastauksista eivät tule esiin minkäänlaiset kiputilat. "Baseline Survey"-lomakkeen vastauksissa selvisi, että joka paikan kipuja oli 8/14 vastaajasta, mikä on 57 prosenttia vastaajista.



Kuva 6: Vastaajien ilmoittamat kivut.

Kipujen lisäksi yleisiä vaivoja olivat näköön ja kuuloon liittyvät ongelmat. Ongelmia näkemisessä kertoi olevan 14 prosenttia vastaajista. ”Baseline Survey” -vastauksissa kaikilla Mbelan vastaajilla oli ongelmia näkemisessä: Chimowassa 2/5:lla vastaajasta ja Makwalessa 1/3:lla vastaajasta oli ongelmia näkemisessä.

Korkeasta verenpaineesta kärsi kuusi prosenttia vastaajista. Tosin korkeaa verenpainetta vastauksissa ilmeni ainoastaan Hereman ja Chimowan kylässä. On mahdollista, että näistä kylistä vanhukset ovat päässeet terveydenhuoltopalveluissa ainakin joskus käymään, koska osasivat nimetä korkean verenpaineen sairautena. Muita sairauksia, joita ilmoitettiin olivat sydänvai-
vat, jalkojen turvotus, heikkous ja pyörtyily, yskä, astma, malaria, HIV, tuberkuloosi ja lepra. Vastaajista yksi myös ilmoitti olleensa auto-onnettomuudessa ja kärsivänsä lisäksi psyykkisistä ongelmista. Hereman ja Mbelan kylistä kaksi vanhusta ei päässyt paikalle vaan molemmat lähettivät paikalle lapsenlapset, jotka kertoivat, että isoäiti/-isä on vakavasti sairaana.



Kuva 7: Vastaajien ilmoittamat muut sairaudet kylittäin.



Kuva 8: Rekisteröitäväksi tulleen vanhuksen auto-onnettomuudessa vahingoittunut käsi.

HIV-positiiviseksi ilmoittautui neljän kylän vanhuksista vain yksi. Nainen kertoi, että hänet oli testattu vuonna 2003 ja hän oli päässyt lääkehoidon piiriin vuonna 2006. Lääkkeet hän kertoi saavansa Mulamben sairaalasta.

Malariaa ilmoitti rekisteröintihaastattelussa sairastavansa vain yksi vastaajista. Vastauksessa oli tosin täsmennetty, että hän sairastaa sitä toistuvasti. Baseline Surveyssä malariaa ilmoitti sairastaneensa edellisen vuoden, v. 2012, aikana Chimowan kylästä kaksi henkilöä ja Makwalen kylästä yksi henkilö. Kaikki paitsi yksi vastaajista ilmoittivat käyttävänsä moskiittoverkkoa. Yhdessä Makwalen kylän vastauksessa oli täsmennetty, että valtio oli jakanut heille moskiittoverkon viime vuonna.



Kuva 9: Rekisteröintihaastatteluun tullut lepraa sairastava nainen

8.3 Elinympäristöön liittyvät ongelmat

Vastaajista 57/109 ilmoitti olevansa leskiä, mikä on prosentteina 48 prosenttia kaikista vastaajista. Naisista leskiä oli 52/82 ja miehistä 5/27. Prosenttiosuus siis naisten kohdalla yli 70 prosenttia, kun miesten kohdalla vastaava luku on vain 18 prosenttia.

Naisista oli yhä naimisissa 15 vastaajaa ja miehistä 26 vastaajaa. Naisista oli naimisissa siis vain 18 prosenttia, kun miehistä vastaava luku oli 78 prosenttia. Vanhuksista seitsemän ilmoitti elävänsä yksin, mutta yksin elämisen syy ei ilmene vastauksista. Lähes kaikki vanhukset ilmoittivat menettäneensä omia lapsiaan. Lapset olivat joko kuolleet tai lähteneet kaupunkiin. Pahimmillaan vanhuksen kaikki lapset olivat kuolleet. Eräs vastaajista ilmoitti menettäneensä 10 lasta. Muun muassa seuraavanlaisia vastauksia oli kirjattu rekisteröintilomakkeeseen:

” Kaikki kolme lasta ovat kuolleet. Kaksi lapsenlasta ovat muuttaneet kaupunkiin.”

” Asuu yksin. Kaikki lapset ovat kuolleet.”

” Viisi lasta, joista neljä on kuollut.”

Hereman kylässä 8/15 vastaajaista ilmoitti huolehtivansa tällä hetkellä orvoista. Osa kertoi vain orpojen lukumäärän, mutta yhden vanhuksen vastaukseen oli kirjattu tarkemmin myös, että orvot ovat nimenomaan omia lapsenlapsia. Yksi vastaajista kertoi pitävänsä huolta ”joistakin lapsista”. Mbelassa vastaajista 7/32 vanhuksesta kertoi, että huolehtii tällä hetkellä orvoista, ja Makwalessa orvoista huolehtivia vanhuksia oli niinkin suuri määrä kuin 14/16 vanhuksesta, mikä on prosentteina n. 85 prosenttia vanhuksista. Makwalen kylässä orvoista huolehtivia vanhuksia oli siis selvästi suurin määrä verrattuna muihin kyliin. Osa ilmoitti vain orpojen lukumäärän ja viisi vanhuksista kertoi tarkemmin, että orpolapset ovat vielä pieniä, jotka käyvät yhä alakoulua. Chimowassa 15/46 vanhuksesta ilmoitti huolehtivansa tällä hetkellä orpolapista. Heremassa ja Mbelassa lisäksi kaksi naisvanhusta ilmoitti lukumäärän sijasta huolehtivansa joistakin lapsista ja kahden vanhuksen sijasta rekisteröintipaikalle saapuivat Heremasta yhden miesvanhuksen ja Mbelasta yhden naisvanhuksen sijaan molempien lapsenlapsi kertomaan, että isovanhempi sairastaa ja ei päässyt paikalle. Heidän mahdollisesti huoltamiensa orpojen määrä ei selvinnyt. Yhteen rekisteröintilomakkeeseen oli unohtunut täyttää kyseinen kohta.

Kylät	Naisten yli 60 v lukumäärä	Miesten yli 60 v lukumäärä	Orpojen määrä, naiset	Orpojen määrä, miehet	Orpojen määrä, yhteensä
Chimowa	32	14	17	11	28
Herema	11	4	14	3	17
Makwale	10	6	30	24	54
Mbela	29	3	18	3	21
Yhteensä	82	27	79	41	120

Taulukko 4: Naisten ja miesten (yli 60 v) määrät kylittäin sekä heidän huoltamiensa orpolasten määrät.

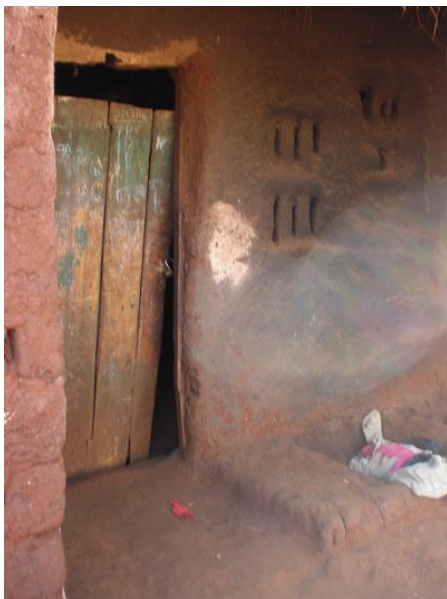
Baseline Survey-tutkimuksessa 54,2 prosenttia kaikkien kylien vastaajista (n. 59) on sitä mieltä, että talo, jossa hän tällä hetkellä asuu, on huono. Kandiwo -kylästä 80 prosenttia vastaajista kokivat talonsa kunnan erittäin huonoksi. Vastaava luku Kampaka ja Mbera -kylissä oli 75 prosenttia. Mbenda ja Postin tilanne näytti parhaalta. He ilmoittivat useammin, että heidän talonsa ovat suhteellisen hyvässä kunnossa ja 33,9 prosenttia vastaajista oli saanut tehtyä joitakin korjauksiakin taloonsa. Hwayo-kylän asukkaista 67 prosenttia kertoi, että he ovat jonkin verran taloaan korjanneet, mutta silti ne ovat huonossa kunnossa. Kaipassa 71,4 prosenttia vastaajista ei ollut tehnyt minkäänlaisia korjauksia taloonsa.

Rekisteröinnin yhteydessä vanhukset kertoivat talojensa heikosta kunnosta. Seuraavia ongelmia raportoitiin:

- ” Talon seinistä vain kolme on pystyssä.”
- ” Talossa, jossa hän asuu, ei ole ovea.”
- ” Talossa ei ole vessaa.”
- ” Rankkasateet tuhosivat wc:n.”
- ” Seinässä on halkeama.”
- ” Talossa on heinäkatto, joka vuotaa.”
- ” On saanut rakennettua uuden talon mutta nyt ei ole heinää, mistä saisi rakennettua uuteen taloon katon.”



Kuva 10: Vanhuksen talon rikkiäinen katto.



Kuva 11: Vanhuksen talon ovi, joka ei mene kiinni.

Veden saannissa oli ongelmia. Erityisesti Chimowan kylän asukkaat kertovat, että kaivo on kaukana. Mbelan kylän asukkailla oli muita kyliä enemmän vatsakipuja ja vaivoja ja heistä kaksi ilmoitti oksentelevansa usein. Muun muassa seuraavanlaisia vastauksia oli kirjattu:

” Kaivo on kaukana.”

” Pitkä matka kaivolle. Ottaa vettä joesta.”

” Matkustaa pitkän matkan saadakseen vettä kaivosta.”

Rekisteröintilomakkeen vastauksista nousevat esille myös raskaat työt, joita iäkkäät vanhukset joutuvat edelleen tekemään ansaitakseen elantoaan. Vastaaajista 26 vanhusta työskentelee edelleen. Suurin osa heistä työskentelee pelloilla tai polttamalla hiiltä myyntiin. Vanhin yhä pelloilla työskentelevä miespuolinen vanhus oli 88-vuotias ja naispuolinen 83-vuotias. Chimowan kylän kohdalla yksikään vanhus ei kertonut työskentelevänsä. On mahdollista, että haastattelua tehtäessä haastattelija ei ole erikseen kysynyt asiaa ja se on jäänyt vastauksissa vähemmälle huomiolle. Muita tapoja ansaita elanto raportoitiin seuraavia:

” Valmistaa kaljaa saadakseen elantonsa.”

” Viljelee jonkun toisen maapalaa saadakseen rahaa ruokaan.”

” Polttaa hiiltä ja kerää polttopuita tienatakseen elantonsa.”

” On riippuvainen toisten antamista armopaloista.”

” Pysyy hengissä, kun ystävät jakavat ruokansa hänen kanssaan.”

” Lapset ovat niin köyhiä etteivät pysty auttamaan.”

Muutamissa vastauksista ilmeni, että vanhuksella oli edelleen lapsia, vanhempia lapsenlapsia, tai muita sukulaisia, jotka pitävät heistä huolta. Usein vastauksista myös ilmenee, että vanhuksilla saattoi olla vielä elossa joitakin lapsia, mutta nämä eivät auttaneet heitä. Yksi vanhus kertoi olevansa täysin lapseton. Yhdestä vastauksesta surullisesti ilmenee, että 12-vuotias lapsenlapsi pitää huolta isoäidistään.

9 Pohdinta ja johtopäätökset

9.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin sitä, minkälaisia terveysongelmia malawilaisilla vanhuksilla on sekä minkälaisia ongelmia malawilaisten vanhusten elinympäristöön liittyy. Tuloksissa nousivat esiin terveysongelmien osalta erilaiset kiputilat ja yleisimmät sairaudet, sekä elinympäristön osalta lasten menetykset ja orpolasten määrät kylittäin, asumusten huono kunto, veden saannin ongelmat sekä raskaat työt, joita vanhukset yhä joutuvat tekemään.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että vanhusten suurin arkipäivän ongelma on kotien huono kunto. Turvallinen koti on yksi ihmiselämän perustarpeista. Jos vanhus ei voi kokea olevansa kotoaan turvassa rankkasateilta, moskiitoilta, villieläimiltä tai varkailta, miten hän voisi jaksaa olla kiinnostunut esim. osallistumisesta kyläyhteisön kehittämiseen tai paikalliseen kaivotoimikuntaan. Vaikka hankkeen toimeentulo-ohjelma vastaa vanhusten tarpeeseen saada enem-

män rahaa käyttöönsä, talojen korjaus on kallista. Kestää kauan ennen kuin vanhus saa kerätyksi rahat talonsa kunnostuksen. Kumppanijärjestön edustajan mukaan yhden talon hinta on n. 62 700 Malawin kwatsaa, joka USA:n dollareissa on n. 190 dollaria (Haynes 2012).

Lähes kaikki vanhuksista kärsivät usein toistuvista tai jatkuvista kivuista. He kuvailevat kipuja joka paikan kivuiksi. Kipujen taustalla voi olla useita syitä: tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, nivelrikko, tuberkuloosi tai aliravitsemus, vain muutamia arvatakseni. Malawissa nainen on perheessä se, joka kantaa veden ja tekee raskaat peltotyöt. Pohdinkin, voisiko kipujen syynä olla myös se, että he kantavat jo lapsesta asti käyttöveden päänsä päällä päivittäin usein pitkienkin matkojen takaa. On loogista, että vuosia pään päällä kannetut raskaat taakat vaikuttavat vanhemmalla iällä kipuja niskassa, selässä ja jaloissa. Myös kova ruuhomatto nukkumalustana ei ole vanhemmalla iällä paras mahdollinen. Kenelläkään vanhuksista en nähnyt patjaa, tyynyä tai peittoa kuvatessani heidän asuntojaan sisältä ja ulkoa.

Tutkimuksessa vahvistui, että useat vanhukset olivat menettäneet aikuisia lapsiaan ja joutuvat nyt huolehtimaan lapsenlapsistaan. Vaikka tutkimuksessa ei varsinaisesti kysytty ja näin ollen ei selviä, oliko lasten kuolemien syynä HIV/AIDS -pandemia, näin voitaisiin olettaa, koska maailmanlaajuiset tilastot vahvistavat tiedon, eikä muita yhtä paljon kuolemia aiheuttavia syitä ole kansainvälisesti tiedossa. Oletettavasti vanhuksilla on paljon surua liian nuorina menetetystä lapsista. Käsittelemätön suru voi aiheuttaa somaattista oireilua mm. erilaisina kipuina. Ylisukupolviset HIV/AIDSin aiheuttamat psyykkiset traumat siirtyvät isoäideiltä orpolapsille, elleivät he saa mahdollisuutta käsitellä menetyksiä ja ymmärtää niiden syitä.

On surullista, että vanhukset joutuvat vielä pitkäksi suomalaisen eläkeiän ylitettyään tekemään töitä. Maanviljely ja hiilten polttaminen ovat kovaa fyysistä työtä, joka vaatii nuoremaltakin tekijältä fyysistä suorituskykyä. Ymmärrettävästi sato jää heidän kohdallaan pieneksi ja samalla ravintomäärät vähäisiksi.

Positiivinen huomio löytyi tutkimustuloksissa suhteessa malariaan sairastavuuteen. Jos tässä tutkimuksessa saatuja lukuja verrataan WHO:n tilastoihin, malarian osalta Mbelan, Hereman, Chimowan ja Makwalen kylien vanhusten tilanne vaikuttaisi Malawiliasta keskimäärää paremmalta, kun vain 18 prosenttia vastanneista ilmoitti sairastaneensa malarian vuoden 2012 aikana. Myös moskiittoverkkojen käyttöprosentti oli vastaajilla ilahduttavan korkea. Vaikuttaa siis siltä, että Malawin valtion vuonna 2012 toteuttama moskiittoverkkojen jakoprojekti alueella on ollut hyödyllinen.

Tutkimuksen aikana pohdin omaa käsitystäni tutkijana siitä todellisuudesta, jossa vanhukset elävät. Suomalaisessa kulttuurissa syntyneenä olen hyvinvointiyhteiskunnan kasvatti ja tunnistan itsessäni asenteen, että köyhyys tarkoittaa ehdottomasti kurjuutta ja samalla onnellisuutta.

den, terveyden ja hyvinvoinnin puuttumista. Koska kansainvälisissä sopimuksissa on sovittu, että meidän hyvinvointivaltiona tulee auttaa maailman heikoimmassa asemassa eläviä, tilanteesta on helppo vetää sellainen johtopäätös, että länsimaiset ihmiset ovat terveempiä ja onnellisempia kuin köyhien maiden asukkaat. Matkoillani Malawiin olen kuitenkin huomannut, että ahdingossa elävien vanhusten ilo oli usein herkässä ja pienistäkin asioista osattiin iloita. Pohdinkin tutkimusta tehdessämme vanhusten suruja ja iloja ja ennen kaikkea kysymystä onnellisuudesta. Voiko olla mahdollista, että köyhä malawilainen vanhus on onnellisempi tai kokee itsensä terveemmäksi kuin suomalainen, yksiössään vankina elävä, perheensä hylkäämä ja sairas vanhus.

Onnellisuuden mittaamiseen tarvittaisiin elinolotutkimusten sijaan elämänlaatututkimusta malawilaisten vanhusten kokemuksista. Maailman arvotutkimus (World Value Survey) on tutkimushanke, joka on selvittänyt koettua hyvinvointia maailmanlaajuisesti vuodesta 1981. Vaikka Malawin kohdalta tilastoja ei vielä löydy, naapurimaa Sambiasta, jossa elämä ja kulttuuri on hyvin samanlaista kuin Malawissa, tuloksia löytyy. Tutkimuksen mukaan suomalaiset ovat onnellisempia kuin Malawin naapurimaan asukkaat, mutta subjektiivisen terveyden kokeemisessa suomalaisten ja sambialaisten välillä ei juuri näytä olevan eroa. Sambian asukkaat kokevat terveytensä vain vähän harvemmin hyväksi kuin suomalaiset ja erittäin hyväksi he kokivat terveytensä suomalaisia useammin. (World Values Survey Wave 5 2005 - 2009.)

9.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei ole niin helppoa kuin määrällisen tutkimuksen. Ongelmana on mm. määrittää riittävän tarkkoja mittareita. Grönforsin (2011, 158-159) mukaan laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden lähtökohta onkin tutkija itse: tutkijan rehellisyys, teot, valinnat ja ratkaisut. On tärkeää, että tutkija pyrkii raportissaan mahdollisimman suureen tarkkuuteen ja selostaa tarkkaan tutkimuksen toteuttamisen vaiheet; hän dokumentoi ja perustelee valintansa ja arvioi omaa työskentelyään. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227.)

Projektipäiväkirja, jota kirjoitin tarkasti päivittäin matkallani Malawissa 16.11.2012 - 9.1.2013 lisää tutkimusraportin luotettavuutta. Koska matkasta oli aikaa raporttia kirjoitettaessa noin kaksi vuotta, hyödynsin raporttia kirjoittaessani päiväkirjamerkintöjäni tutkimusprosessin mieleen palauttamisessa. Ilman päiväkirjaa kahden vuoden takaisten asioiden muistaminen olisi ollut mahdotonta. Se, että työskentelin hankkeessa vuoden ajan, auttoi myös asioiden sisäistämisessä, koska sitä kautta sisäistämani asiat myös jäivät paremmin minulle mieleen.

Valokuva kertoo usein enemmän kuin tuhat sanaa. Siksi halusin dokumentoida haastattelutilanteita ja vanhusten elinympäristöä myös valokuvaamalla. Koska suomalaiselle lukijalle malawilainen kulttuuri ja elinympäristö ovat vieraita, pidin perusteltuna liittää opinnäytetyöhöni myös kuvia auttamaan lukijaa saamaan paremman käsityksen malawilaisen vanhuksen elinoloista ja -ympäristöstä.

Hirsjävi ja Hurme (1993, 9) toteavat, että usein vasta haastattelun kuluessa haastattelijalle alkaa valjeta, mitä haastattelumenetelmä todellisuudessa vaatii sen toteuttajalta. Kriittinen asenne metodivalintoja ja tutkimusprosessia kohtaan kasvaa, kun tutkija alkaa nähdä, minkälainen todellisuus valkenee idealistisen innokkaasti tehdyn haastattelusuunnitelman takaa.

Minullekin selveni vasta tätä opinnäytetyötä tehdessäni selvemmin haasteet ja ongelmat, joita toisessa kulttuuriympäristössä tehtyyn tutkimukseen liittyy. Ymmärrän nyt miksi kulttuurien tutkimuksessa juuri etnografista lähestymistapaa pidetään luotettavimpana menettelytapana tutkittaessa vieraita kulttuureja.

Kielen ymmärtämättömyys on toisessa kulttuurissa tehtävässä tutkimuksessa haaste ja rajoite. Kielen syvempää merkitystä ei voi sisäistää kirjoista. Kuten Kemppainen (2011, 57) toteaa, bantujen kielessä sanat luovat todellisuutta ja joistakin asioista puhuminen saattaa järkyttää kuulijoita, joihin saattavat lukeutua myös ympäröivä henkimaailma ja esi-isät. Jotta tutkija saisi syvempää ymmärrystä tutkittavan ajattelusta ja elämästä, olisi tärkeää, että hän voisi viettää aikaa vieraassa kulttuurissa keskellä arkielämää tutkittavien kanssa. Eskolan & Suorannan (1998, 107) mukaan etnografisen tutkimuksen arvo onkin suoraan verrannollinen tutkimuskohteessa vietettyyn aikaan.

Fysiologiset mittaukset olisivat olleet luotettavia mittausten menetelmiä vanhusten terveyttä arvioitaessa. Olisimme voineet ottaa vanhuksista vaikkapa malariapikatestin ja näin saavuttaa luotettavampia tuloksia kuin teemahaastattelulla. Fysiologisen tutkimusmenetelmän käyttäminen olisi kuitenkin ollut eettisesti ongelmallista, koska luotettavuudestaan huolimatta se olisi ikävä kajoavana toimenpiteenä, ellei samalla oltaisi oltu valmiit myös tarjoamaan löydettyihin sairauksiin tarvittavaa hoitoa. Tiedossa oli, että hankkeessa tullaan myöhemmin saamaan myös fysiologisiin tutkimuksiin perustuvaa tietoa, kun toiminnassa olevan sairaalan dokumenteista kerätään tietoa hankekauden lopussa tehtävää evaluaatiota varten mm. jokaisen hankevuoden HIV/AIDS ja malariatapausten määrät. Tulevaisuudessa tuleekin mahdolliseksi saada tietoa myös vanhusten HIV/AIDS -tilanteesta suoraan klinikan dokumenteista.

Hyvän lomakkeen laatimiseen menee aikaa. Hirsjärven ym. (2007, 199) suosittelema pilottitutkimus kysymysten tarkistamista ja muotoilua varten olisi ollut hyödyllinen, mutta aikaresurssien vuoksi sitä ei ehditty toteuttaa. Rekisteröintihaastattelussa kohdan ”Brief history”

olisi voinut muotoilla hieman tarkemmin lomakkeeseen, koska nyt riippui paljon haastattelijasta, mihin suuntaan hän haastattelua ohjasi apukysymyksillään ja millaisia vastauksia vastaajat tuottivat. Myös joitakin ”Baseline Survey” -lomakkeen kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja olisin suunnitteluvaiheessa muotoillut hieman eri tavalla, jos olisin voinut niistä yksin päättää. Ainakin monivalintakysymyksissä tärkeää olisi ollut muotoilla kysymykset mahdollisimman hyvin niin, että ne sallivat vastata kysymykseen vain siten, että vastauksia voi mielekkäästi vertailla.

Tutkimusta suunniteltaessa resurssit ja ajankäyttö otettiin alusta asti huomioon. Silti tutkimuspäivät venyivät pitkiksi. Huomasin, että kuumina tutkimuspäivinä tiimin jo iltapäivällä väsyessä lomakkeiden kirjaaminen kävi hutiloivaksi. Saattaa olla, että väsymyksen vuoksi myöskään vastaajat eivät jaksaneet enää keskittyä vastauksiinsa ja lomakkeita käytiin läpi pikavauhdilla. Vastauslomakkeita läpi käydessäni huomasin, että joidenkin lomakkeiden lisämerkinnät vähenivät niiden haastateltavien kohdalla, jotka luultavimmin olivat päivän viimeisiä.

9.3 Kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää kehittämisehdotuksia ”Lesken Ropo”-hankkeen jatkoa varten. Tutkimuksesta saatujen tuloksien mukaan ”Lesken Ropo” -vanhuskylä Malawiin -hankkeella on oikeansuuntaiset tavoitteet suhteessa alueen vanhusten ongelmiin. Lisäksi tutkimuksesta nousi esiin ehdotuksia, joita hanketta edelleen kehitettäessä voitaisiin ottaa huomioon:

- Vanhusten menettämiä lapsia ei enää saada takaisin. Siksi vanhusten vanhemmuutta orpolasten kasvattajina tulisi hankkeessa tukea. Hankkeen koulutus- ja vaikuttamisohjelmassa tulisi jakaa tietoa vanhuksille HIV:stä ja sen tartuntatavoista, jotta he vanhempina voivat suojella lapsenlapsia tartunnoilta. Myös isovanhempien lapsiin siirtämät vahingolliset perinteet tulisi ottaa rohkeasti puheeksi ja jakaa seksuaalisuudesta ja sen toteuttamiseen liittyvistä rajoista oikealaista tietoa.
- Koulutus- ja vaikuttamisohjelmassa tulisi ottaa keskusteluun perheen jäsenten menettämisestä väistämättä koituva suru, jotta vanhusjohtoisissa perheissä saataisiin tapoja voitaisiin käsitellä usein ne niin valtavat menetykset, joita perhe on joutunut syyttä kohtaamaan.
- Vanhusten talojen kunnostustarve tulisi huomioida hankkeen jatkosuunnitelmissa ja pohtia tapoja kylien ja kylätoimikuntien tukemiseksi esim. korjauskustannuksissa ja tieto-aidossa. Myös vapaaehtoisia voisi lähteä Suomesta auttamaan korjaustöissä.

- Mbelan kylään tulisi rakentaa kaivo vanhusten vedensaannin parantamiseksi ja vatsa-kipujen ja tarttuvien tautien leviämisen estämiseksi.
- Sairaalassa ja kuntoutusohjelmassa tulisi puuttua vanhusten runsaisiin kiputiloihin ja pohtia ratkaisukeinoja vanhusten kipujen vähentämiseksi myös muilla keinoilla kuin kipulääkkeillä. Hankkeessa voitaisiin esim. lähettää fysioterapeutti Malawiin kehittämään vanhusten tarpeiden mukaisia kuntoutuspalveluja.
- Kyläläisten kanssa yhdessä voisi pohtia ratkaisua veden kantamiseen sekä naisten ja miesten perinteistä roolijakoa. Lesken Ropo -hankkeen koulutustilaisuuksissa asia voitaisiin nostaa esille ja pohtia kantovastuun jakamista miesten ja naisten kesken.
- Suomen Ulkoministeriön tulisi tuoda enemmän esiin kehitysyhteistyöhankkeiden hyviä tuloksia, jotta kansalaisilla olisi mahdollisuus saada oikeaa tietoa kehitysyhteistyön vaikuttavuudesta.
- Koska Suomi joka tapauksessa globalisoituu ja maahan muutto suomalaisessa yhteiskunnassa lisääntyy, pidän tärkeänä, että ainakin terveydenhuollon työntekijät tuntisivat kulttuurirajat ylittäviä, terveyteen ja elinympäristöön liittyviä ongelmia paremmin. Hoitoalan koulutuksissa olisi lisättävä kulttuurisen hoitotyön opetusta ja nostettava esiin myös vanhuuteen liittyviä kansainvälisiä kysymyksiä.

Lähteet

Painetut lähteet

Duodecim. 1998. Infektiosairaudet. J. Eskola, P. Huovinen & V. Valtonen (Toim.) 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Haapasaari, O. & Korhonen, E. 2013. Perhe eri kulttuureissa. Väestötietosarjan osa 26. Helsinki: Väestöliitto.

Hiltunen, P. 2009. Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. Lääkärilehti. 42/2009, 3551 - 3554.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kapanda, Y. 2013. Malawin perhemuodot. Teoksessa O. Haapasaari & E. Korhonen (toim.) Mikä perhe? Perhe eri kulttuureissa. Väestötietosarja 26. Helsinki: Väestöliitto, 44 - 49.

Kemppainen, K. 2011. Positiivinen. AIDS Afrikassa. Helsinki: Suomen lähetysseura.

Liedes, M. & Manninen, P. 1975. Otantamenetelmät. Helsinki: Gaudeamus.

Anti-Corruption Handbook for Development Practitioners. 2012. Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland. Department for Development Policy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Phillips, J.A., Kazembe P.N., Nelson, E.A.S., Fisher, J.A.F. & Graboch, E. 2008. A Paediatric Handbook for Malawi. Third Edition. Limbe: Montford Press.

Pulkkinen, L. 2002. Teoksessa A. Rönkä & U. Kinnunen (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Jyväskylä: PS -kustannus, 14 - 27.

Rintala, E. 2006. Mikä HIV on? Teoksessa K. Tuhkanen (toim.) Käsikirja HIV-positiivisille. Helsinki: Positiiviset, 7 - 11.

Rintala, E. 2006. Lääkehoito. Teoksessa K. Tuhkanen (toim.) Käsikirja HIV-positiivisille. Helsinki: Positiiviset, 75 - 82.

Rotkirch, A. 2013. Perheet maailmassa. Teoksessa O. Haapasaari & E. Korhonen (toim.) Mikä perhe? Perhe eri kulttuureissa. Väestötietosarja 26. Helsinki: Väestöliitto, 6 - 9.

Siikamäki, H. 2004. Malarian välttäminen, estolääkitys ja hoito. Teoksessa H. Nohyne, E. Pekkanen, P. Turtiainen & J. Riutta (toim.) Matkailijan terveysopas. Helsinki: Duodecim, 63-82.

Swanz, M-L. 2009. What is Development? Teoksessa Perspectives to Social Development. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 29 - 35.

Vakimo, S. 2004. Miksi vanhoille naisille nauretaan? Teoksessa N. Baer, A-L. Haavikko & L. Vihmanen. Mummokirja. Helsinki: Kirjapaja, 169-182.

Ulkoasianministeriö. 2012. Suomen kehityspoliittinen toimenpideohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 16.2.2012.

Internetlähteet

Acute malnutrition: Marasmus (or Wasting). 2015. The Harmonized Training Package: Resource Material for Training on Nutrition in Emergencies (the HTP). Viitattu 14.2.2015.
<http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/4.html>

Acute malnutrition: Kwashiorkor (or bi-lateral pitting oedema). 2015. The Harmonized Training Package: Resource Material for Training on Nutrition in Emergencies (the HTP). Viitattu 14.2.2015.
<http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/8.html>

Aliravitsemus ja virheravitsemus 2015. Maailman ruokaohjelma. WFP World Food Programme. Viitattu 4.4.2015.
<http://fi.wfp.org/n%C3%A4lk%C3%A4/aliravitsemus>

Bloom, D. E., Canning, D. & Gunther, D. 2011. Implications of Population Aging for Economic Growth, PGDA Working Paper No. 64. Viitattu 3.3.2015.
http://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/PGDA_WP_64.pdf

Chuka, C. 2012. Malawi kwacha devalued. Press release. Reserve Bank of Malawi. Viitattu 14.4.2015.
https://www.rbm.mw/documents/press_releases/Press%20Release%20on%20Malawi%20Kwacha%20Devaluation.pdf

Disability and the Elderly. 2010. Population and housing census. Analytical report: Volume 11. National Statistical Office. Malawi. Viitattu 14.4. 2015.
http://www.nsomalawi.mw/images/stories/data_on_line/demography/census_2008/Main%20Report/ThematicReports/Disability%20and%20Elderly.pdf

Food Brings Hope In Flooded Malawi. 2015. World Food Programme. Viitattu 4.4.2015.
<http://www.wfp.org/node/3513/3879/645738>

Grönfors, M. 2008. Teoksessa Vilkkä H. (toim.) Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkkä, Hämeenlinna 2011. Viitattu 13.4.2015.
http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Opinnäytetyö. Stadia. Helsingin ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.5.2015.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38214/stadia-1210852529-2.pdf?sequence=1>

HIV/AIDS. 2015. World Health Organization (WHO). Viitattu 7.2.2015.
http://www.who.int/topics/hiv_AIDS/en/

Human Rights Report: Malawi.2010. U.S.Department of State. Viitattu 13.2.2015.
<http://www.state.gov/documents/organization/160131.pdf>

Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö -Hanketuen ohjeistus. 2012. Ulkoasianministeriö. Kehityspoliittinen osasto. Viitattu 13.4.2015.
<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fformin.finland.fi%2Fpublic%2Fdownload.aspx%3FID%3D93620%26GUID%3D%257B987DE0B6-5500-49DF-AB58-533BD41C6E93%257D&ei=ZWc1VeudBcmRsgHOqYDwDQ&usg=AFQjCNGgXgi95RSALZmAB6v3CPuiNis7hw&bvm=bv.91071109,d.bGg>

Kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyö. 2014. Ulkoasianministeriö. Viitattu 4.4.2015.
<http://formin-origin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=15339&contentlan=1&culture=fi-FI>

Kansainväliset ympäristösopimukset ja Suomen kehityspolitiikka 2012.

Ulkoasiainministeriö. Viitattu 14.4.2015.

<http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CD0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fformin.finland.fi%2Fpublic%2Fdownload.aspx%3FID%3D102838%26GUID%3D%257B9069A47C-7A7C-4CFE-8F3E-5BDA3FDE7249%257D&ei=nItHVfnNHIGuswH05IGIDg&usg=AFQjCNFipBWqEEQXBAlMyEQbSeiwT2Y7CA&bvm=bv.92291466,d.bGg>

Kehityspolitiikan ja kehitysyhteistyön periaatteet. 2014. Ulkoasianministeriö. Viitattu 4.4.2015.

<http://formin-origin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=15318&contentlan=1&culture=fi-FI>

Kehitysyhteistyön toteutus. 2014. Ulkoasianministeriö. Viitattu 4.4.2015.

<http://formin-origin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=15335&contentlan=1&culture=fi-FI>

Kolehmainen, A. 2010. Arjen valokuvien hyödyntäminen ilmiökeskeisessä dokumentoinnissa. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.5.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81879/gradu04522.pdf?sequence=1>

Kolme tavoitetta läpäisee kaiken kehitysyhteistyötoiminnan. 2013. Suomen Ulkoasianministeriö. Viitattu 4.4.2015.

<http://formin-origin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=40179&contentlan=1&culture=fi-FI>

Malaria -number of reported cases -Malawi. 2014. Viitattu 12.3.2015.

https://www.quandl.com/data/WHO/47_MWI-Malaria-number-of-reported-cases-Malawi

Malawi. 2013. UNAIDS. Viitattu 14.3.2015.

<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/malawi/>

Malawi. 2015 a. World Health organization. Viitattu 6.4.2015.

<http://www.who.int/countries/mwi/en/>

Malawi. 2015 b. World Food Programme. Viitattu 4.4.2015.

<http://www.wfp.org/countries/malawi/overview>

Malawi Democratic and Health Survey 2010. National Statistical Office. Viitattu 13.4.2015.

http://www.nsomalawi.mw/images/stories/data_on_line/demography/MDHS2010/MDHS2010%20report.pdf

Malawi: Indicators of Development. 2014. Ministry for foreign affairs of Finland. Viitattu 10.3.2014.

<http://www.formin.fi/public/default.aspx?contentid=67324&contentlan=2&culture=en-US>

Malawi Poverty Reduction Strategy Paper. 2002. Viitattu 10.3.2014.

http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/Country-Papers-and-JSAs/Malawi_PRSP.pdf

Msyamboza, K.P., Mawaya, L.R., Kubwalo, H.W., Ng'oma D., Liabunya, M., Manjolo, S., Msiska, P.P. and Somba W.W. 2012. Burden of leprosy in Malawi: community camp-based cross-sectional study. Viitattu 5.5. 2015.

<http://www.biomedcentral.com/1472-698X/12/12>

Perhe. 2014. Tilastokeskus. Viitattu 14.4.2015.

<http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>

Population, total. 2015. Maailmanpankki. Viitattu 29.12.2014.

<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

Rahkonen, J. 2014. Kansalaisten mielipiteet kehitysyhteistyöstä. Tutkimusraportti 3.7.2014. Taloustutkimus Oy. Viitattu 13.4.2015.

<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=38613&contentlan=1&culture=fi-FI>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 13.5.15.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Salminen, S. 2012. Maailmanpankki: Köyhyys on puolitettu etuajassa. KEPA. Viitattu 4.4.2015.

<https://www.kepa.fi/uutiset/8963>

Silfverberg, P. 2011. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 19.5.2015.

<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

The local government system in Malawi. 2011. Commonwealth Local Government Forum, CLGF. Viitattu 30.12.2014.

<http://www.clgf.org.uk/userfiles/1/files/Malawi%20local%20government%20profile%202011-12.pdf>

The Malawi Growth and Development Strategy 2006 - 2011. Viitattu 13.4.2015.

<http://www.malawi.gov.mw/Publications/MGDS%20November%202006%20-%20MEPD.pdf>

The World we want. 2015. Viitattu 4.4.2015.

<https://www.worldwewant2015.org/>

Tutkimuksen eettinen arviointi.Suomessa. 2006. Etenen julkaisuja. Viitattu 5.5.2015.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf

Tutkittavien informointi. 2015. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 13.4.2015.

<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html>

Types of undernutrition. 2015. The Harmonized Training Package: Resource Material for Training on Nutrition in Emergencies (the HTP). Viitattu 14.2.2015.

<http://www.unicef.org/nutrition/training/2.3/2.html>

Vuosituhattavoitteet. 2014. UNDP. 2014. Viitattu 29.12.2014.

http://www.fi.undp.org/content/finland/fi_fi/home/mdgoverview/

World Food Programme. 2013. WFP Malawi 2013 in Review. Toward a Food and Nutrition secure and Resilient Malawi. Viitattu 4.4.15.

<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp266794.pdf>

WHO. 2010. Guidelines for the treatment of malaria. Second edition. Viitattu 10.3.2014.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547925_eng.pdf?ua=1

World Values Survey Wave 5. 2005 - 2009. Viitattu 3.4.2015.

<http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>

Julkaisemattomat lähteet

Kavala, A. & Niemi, N. 2012. Lisäselvitysesitys ulkoministeriölle ”Lesken Ropo” -hankkeesta.

Suoniemi-Särkijärvi, L. 2010. B0029 Tutkimusmenetelmäosaaminen. Luentomateriaali. Hyvin kää: Laurea.

Mbewe, Thomas P. 2010. Empowerment to Older Persons. Presentations in Capital Hotel Lilongwe between 2nd - 3th June 2010.

Millaaisessa maailmassa haluamme elää? 2013. Kepan kehityspoliittinen päivä. 23.10.2013. Finlandia talo.

The Malawi Situation. 2010. A paper to be presented at the international conference on ageing: sensitizing the nations 2nd to 3rd June, 2010.

Onali, A, Palmula, S. & Tuominen, K. 2013. Hankkeen seuranta ja arviointi. Kepan koulutus 30. - 31.10.2013. Helsinki.

Kuvat

Kuva 1: Paikallishallinto Malawissa (Kavala & Niemi 2012).....	12
Kuva 3: Sairaala rakennusvaiheessa vuoden 2013 lopulla	26
Kuva 4: Sairaalaan palkattu lääkäri upouusissa osastotiloissa	28
Kuva 5: Teema-alueet tutkimuskokonaisuudessa (Hirsjärvi & Hurme 1993, 42.).....	31
Kuva 6: Ensimmäinen rekisteröintipäivä Mcheressä	33
Kuva 7: Vastaajien ilmoittamat kivut.	39
Kuva 8: Vastaajien ilmoittamat muut sairaudet kylittäin.	39
Kuva 9: Rekisteröitäväksi tulleen vanhuksen auto-onnettomuudessa vahingoittunut käsi.	40
Kuva 9: Rekisteröintihaastatteluun tullut lepraa sairastava nainen	40
Kuva 10: Vanhuksen talon rikkiäinen katto.	43
Kuva 11: Vanhuksen talon ovi, joka ei mene kiinni.	43

Taulukot

Taulukko 1: Ulkoministeriön lisäselvityspyyntöön joulukuussa 2012 laadittu taulukko hankkeen lyhyen aikavälin tavoitteista (Kavala & Niemi 2012).....	21
Taulukko 2: Hankkeeseen mukaan rekisteröidyt vanhukset ja Baseline Study - tutkimukseen osallistuneiden määrät kylittäin	35
Taulukko 3: Aineiston analyysiin poimitut vastaajien määrät kylittäin.	38
Taulukko 4: Naisten ja miesten (yli 60 v) määrät kylittäin sekä heidän huoltamiensa orpolasten määrät.	42

Liitteet

Liite 1 Rekisteröintilomake	58
Liite 2 "Baseline Study" -haastattelulomake	59
Liite 3 Sivu rekisteröintikortistosta (vanhuksen nimi poistettu).....	64

Liite 1 Rekisteröintilomake

REGISTER FORM “Widows Mite” project

T/A Kapeni, Mchere area, Blantyre

Name: _____ Age: _____ ☐ not knownGender: ☐ male ☐ female

Village: _____

Orphans under custody: _____

Heath condition: _____

Brief history: _____

KALIBU MINISTRIES P.O BOX 1473 Chileka, Blantyre (+265) 8888 55117 (+265) 9999 27803

Liite 2 "Baseline Study" -haastattelulomake

BASELINE STUDY FOR THE ELDERLY PROJECT

I am conducting research on the perceptions of people advanced in age like you about how they live their lives on behalf of the Elderly Project. This research will help the Elderly Project team to know how best to understand the life of the elderly in your community and the information I will get from you will be used for various beneficial ways. If you agree to participate in this study you will experience the joy of getting your views heard and you will help the Elderly Project team to find ways of improving the lives of the elderly in this community. Your participation is on a voluntary basis and should you choose to volunteer, do not expect to get monetary rewards. If you agree to take part, you are not going to be forced to answer all the questions - everything will depend on your free will. You are going to be allowed to withdraw your participation from this study at any stage of the interview process. I will not write your name - your views will be kept confidential and will be used only for the purpose of this research. I encourage you to feel free to state your comments in as much detail as possible. Is there anything you did not understand or anything you would like to ask me or to tell me before we begin?

Ndikupanga kafuku-fuku motumidwa ndi a bungwe la Elderly Project wa mmene anthu a akulu ngati inuyo amaonera umoyo wawo. Zimene ndipeze mu kafukufuku uno zithandiza a bungwe la Elderly Project kuti apeze njira zokuthandizirani nazo. Ngati muvomere kutenga mbali mu kafukufuku ameneyu mudzapeza chimwemwe chifukwa zimene muti muyankhezo zitengedwa ngati mfundo zothandiza a bungwe la Elderly Project. Muli ndi ufulu wosankha kutenga mbali kapena ayi ndipo ngati musankhe kutenga mbali musayembekezere malipiro a ndalama. Zonse zikutsamira pa ufulu wanu - simudzapanikizidwa kuyankha mafuso onse ayi. Mulinso ndi ufulu wosiya kutenga mbali mu kafukufuku ameneyu nthawi inailiyonse. Sindilemba dzina lanu ayi. Zimene muyankhe zikagwiritsiridwa ntchito pa kafukufukuyu basi ndipo palibe amene adziwe zimene muyankhe. Khalani omasuka kuyankha mmene mungathere. Kodi pali zimene mungafune kundifunsa kapena kundidziwitsa tisanayambe kukambitsirana?

Now we can begin.

ECONOMIC STATUS

- 1 Do you keep domestic animals? Y____/ N____
Kodi muli ndi ziweto zanu zimene mukuweta? Inde ____/ Ayi ____
- 2 What is the sum total of all the animals you domesticate?
Cattle, Goats, Pigs and Chicken
None ____ Between 1-5 ____ Between 6-10 ____ More than 10 ____
Kodi muli ndi ziweto zingati tikawerenga zonse pamodzi mosasamala mitundu yake? Ng'ombe, Mbuzi, Nkhumba ndi Nkhuku
- 3 Did you grow any crops this past 2011/2012 farming season? Y____/ N____
Kodi chaka chaulimi chathachi munalima? Inde ____ Ayi ____
- 4 How many bags of maize did you harvest?
1-5 bags ____ 6-10 bags ____ 10 or more ____
Kodi munakolola masaka angati a chimanga? Chimanga ____
- 5 How do you use your harvest? For consumption ____ For selling ____ Both ____
Kodi mumagwiritsa bwanji ntchito zokolola zanu?
- 6 Does your harvest suffice? Yes ____ No ____
Kodi zokolola zanu zimakwanira?
- 7 How long does your harvest last?
Less than 3 months ____ 3-6 months ____ 6-9 months ____ 9-12 months ____
Kodi zokolola zanu zimatenga nthawi yaitali bwanji?
- 8 How do you feel about the condition of your house? (Probe)
Very Good ____ Relatively Good ____ Bad ____
Kodi mumamva bwanji ndi m'mene nyumba yanu iliri?
- 9 Have you made any changes to your house in the past 12 months? Yes ____ No ____ (Probe)
Kodi pali zimene munasintha panyumba yanu chaka chathachi?

TRAINING AND SENSITIZATION PROGRAM

- 10 Do people in your community have respect for the elderly?
Strongly think so ____ Relatively yes ____ Not really ____
Kodi mukuganiza kuti anthu a m'mudzi wanu uno amalemekeza anthu a akulu ngati inuyo?

11 Have you suffered any form of mistreatment from people in your community?

Yes ____ No ____ (Probe)

Kodi munayamba mwachitiridwapo zankhanza ndi anthu a m'mudzi muno? (Funsani mowonjezera)

12 What is the source of the mistreatment?

Adults ____ Children ____ Peers ____ Relatives ____ None ____

Kodi ndani anakuchitirani za nkhanza?

13 Are you involved in decision-making on issues affecting your life and the community at large?

Yes ____ No ____

Kodi anthu amalemekeza mfundo zimene mumanena pa nkhani zokhudza moyo wanu ndi m'mene mudzi wanu uno ukuyendera?

14 Do you feel free to socialize with different people in your community? Yes ____ No ____

Kodi mumamva kukhala omasuka kucheza ndi anthu osiyana-siyana m'mudzi uno?

15 How often do you socialize with others per week? (Probe)

Very often ____ Sometimes ____ Rarely ____

Kodi ndi kuti kumene mumapita kukacheza ndipo mumacheza kambiri bwanji pa sabata imodzi?

HEALTH/CLINIC

16 Is there any health facility within your reach? Yes ____ No ____

Kodi pali malo a za umoyo kapena chipatala pafupi ndi kumene mumakhala?

17 How often do you visit the clinic per month and for what reasons?

Once ____ Twice ____ Thrice ____

Kodi mumapita ku chipatala kangati pa mwezi ndipo pa zifukwa zotani?

18 Do you suffer any body pains? (Probe) Yes ____ No ____

Kodi mumamva kupweteka kwa mthupi kwa mtundu wina uliwonse? (Funsani mowonjezera)

19 Do you have any challenges in moving from one point to the next? Yes ____ No ____

Kodi mumatha kuyenda bwino-bwino mosavutikira?

20 Do you have problems with your eyesight? Yes ____ No ____

Kodi muli ndi vuto la maso?

- 21** Have you had malaria during this past 2012 year? Yes ____ No _____. If yes how many times? ____

Kodi munadwalapo ndi malungo m'chaka 2012 chatha kumenechi? Ngati zili choncho kangati?

- 22** Do you use mosquito nets? Yes ____ No ____

Kodi mumagwiritsa ntchito masikito?

- 23** Where do you get your water from? Borehole ____ Well/River ____

Kodi mumakatunga kuti madzi?

- 24** Have you suffered from water-borne diseases in the last 12 months? Yes ____ No ____

Munayamba mwadwalapo ndi matenda a m'mimba amene amafalikira chifukwa chogwiritsira ntchito madzi osayera?

- 25** How many times per week do you eat the following protein foodstuffs? Fish, Beans, Meat, Eggs

None ____ 1-2 times ____ 3-4 times ____ 5-7 times ____

Mungandiuze kuti mumadya kangati pasabata zakudya zankhuli kapena zokulitsa thupi zotsatirazo? Nsomba/Usipa, Nyemba, Nyama, Mazira

REHABILITATION

- 26** How much meaning do you find in life at an advanced age?

Very strong meaning ____ Little meaning ____ No meaning ____

Kodi mumauona umoyo waukalamba kukhala wa tanthauzo lalikulu bwanji?

- 27** Do you feel fulfilled with your life? Yes ____ No ____ (If NO why?)

Kodi mumamva kukhutiritsidwa ndi mmene umoyo wanu ukuyendera?

- 28** Do you belong to any spiritual grouping? Yes ____ No ____ (If NO, why?)

Kodi ndinu membala wa mpingo kapena gulu linalililonse la za chipembedzo? (Fun-sani mowonjezera)

- 29** Does your faith help you to overcome some of the challenges you mentioned above?

Yes ____ No ____

Kodi zimene mumakhulupilira mu chipembedzo chanu zimakuthandizani kuthana ndi ena a mavuto amene munati mumakumana nawo?

30 Do you belong to any social club or support group? Yes ____ No ____ (Probe, if No why?) Kodi ndinu membala wa gulu linalililonse la za macheza kapena ma kalabu? (Funsani mowonjezera)

Thank you

Liite 3 Sivu rekisteröintikortistosta (vanhuksen nimi poistettu)

MRS. XXXXX

- **Name:** Mrs. xxxx
- **Age:** 90's
- **Gender:** female
- **Orphans under custody:** 2 orphans (not yet in school)
- **Health condition (told by herself):** Have pains in legs.
- **Brief History:** Husband has passed away. All 3 children have died. Poor house. Lived dependant on other people's mercy. No-one really takes care.

